

RELATÓRIO

Ganhos em Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

- O caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave -

Agosto 2016



UNIVERSIDADE DO MINHO
CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
(CIEnf UMinho)

Estudo:

Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave.

Investigador responsável:

Fernando Petronilho, Professor Doutor

Contacto:

fpetronilho@ese.uminho.pt

Coordenadores do Estudo

Fernando Petronilho, Enfermeiro, Professor Doutor - Escola Superior Enfermagem
Universidade Minho (ESE UMinho)

Cidália Coutinho Pereira, Enfermeira - UCC/ECCI Basto, ACES Alto Ave

Ana Isabel Magalhães, Enfermeira - Equipa Coordenadora Local, ACES Alto Ave

FICHA TÉCNICA

Título: Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave.

Autor: Fernando Petronilho

Braga: Centro de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da
Universidade do Minho (CIEnf UMinho)

Ano: Agosto 2016

ISBN: 978-989-20-6980-7

Suporte: Eletrónico

Formato: PDF

COLABORADORES DO ESTUDO

Ana Maçaira, Enfermeira - ECCI Basto, ACES Alto Ave

Ana Márcia Pinto, Enfermeira – ECCI Fafe, ACES Alto Ave

Carlos Junco, Enfermeiro - Stª Casa da Misericórdia de Vizela (UMDR e ULDM)

Dora Carvalho, Enfermeiro – Centro Social e Paroquial de Nespereira (ULDM)

Eduarda Paula Marinho, enfermeira – ECCI Vizela, ACES Alto Ave

Elsa Carvalho, Enfermeira – ECCI Fafe, ACES Alto Ave

Fernanda Gomes, Enfermeira - ECCI Basto, ACES Alto Ave

Filipe Ramos, Tecnologias Informação Comunicação - Universidade Católica Portuguesa, Braga

Graça Sousa, Enfermeira - ECCI Basto, ACES Alto Ave

Hélder Barbosa, Enfermeiro – ECCI Guimarães, ACES Alto Ave

Isabel Matos, Enfermeira - Stª Casa da Misericórdia de Vizela (UMDR e ULDM)

Jorge Oliveira, Enfermeiro – Stª Casa da Misericórdia de Vizela (UMDR e ULDM)

José Guimarães, Enfermeiro – Stª Casa da Misericórdia de Vizela (UMDR e ULDM)

Mª José Cardoso, enfermeira – ECCI Vizela, ACES Alto Ave

Mónica Oliveira, Enfermeira - Centro Social e Paroquial de Nespereira (ULDM)

Ricardina Vieira de Castro, Enfermeira – ECCI Fafe, ACES Alto Ave

Rosa Costa, Enfermeira – Stª Casa da Misericórdia de Fafe/CH Alto Ave (UC)

Sara Ribeiro, Enfermeira - Stª Casa da Misericórdia de Vizela (UMDR e ULDM)

Sílvia Moreira, Assistente social - Stª Casa da Misericórdia de Vizela (UMDR e ULDM)

Sílvia Lima, Enfermeira - CH Alto Ave (UC cabeceiras de Basto)

Teresa Coelho, Enfermeira – ECCI Guimarães, ACES Alto Ave

Vera Pereira, Enfermeira – Stª Casa da Misericórdia de Guimarães (ULDM)

RESUMO

Em 2006 (DL 101/2006) foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Consiste num novo nível de cuidados do Serviço Nacional de Saúde constituído por tipologias de internamento e de cuidados domiciliários. Na sua génese esteve a ambição de dar respostas efetivas face a uma série de problemas específicos, entre eles, o progressivo envelhecimento da população, o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e a escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados em território nacional.

O presente relatório resulta de um estudo exploratório de perfil quantitativo com *design intersujeitos e intrasujeitos*. Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência ou acidental, incluindo 891 pessoas dependentes e respetivos familiares cuidadores acompanhados pelos 10 prestadores de cuidados da RNCCI da área de abrangência da ECL do ACES Alto Ave - região Minho de Portugal. Foi aplicado o formulário "*Perfil dos Dependentes Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI*" (Petronilho, Pereira, & Magalhães, 2014), no momento da admissão e na alta clínica, com critério temporal definido de 1 ano - entre 1 de março de 2014 e 28 de fevereiro de 2015.

Dos principais resultados desta investigação, conclui-se: 1) a prestação de cuidados no âmbito da RNCCI, apesar do padrão de dependência e sua evolução manifestarem-se de formas distintas entre as diferentes tipologias de cuidados, promove melhoria efetiva na condição de saúde das pessoas dependentes, com especial enfoque nos processos corporais e no nível de dependência no autocuidado; 2) há um tempo útil para promover maior independência/autonomia após um evento gerador de dependência, aspeto crucial para a definição e implementação de modelos de intervenção com efetividade; 3) o regresso ao domicílio por parte da grande maioria dos dependentes é um dado muito relevante e vai de encontro à vontade manifestada por parte da maioria das famílias portuguesas. 4) sugere-se a necessidade de uma efetiva sistematização no planeamento e continuidade de cuidados após o regresso a casa dos dependentes, nomeadamente, maior suporte da rede formal.

Palavras-chave: Autocuidado, Familiar cuidador, Suporte formal, Ganhos em saúde, RNCCI

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1. Caraterização sumária da população dos concelhos da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave.....	9
1.2. Objetivos do estudo.....	11
2. MATERIAIS E MÉTODOS	12
2.1 Tipo de estudo	12
2.2 População/amostra e contexto do estudo.....	12
2.3 Procedimento de recolha de dados	14
2.4 Instrumento de recolha de dados.....	14
2.5 Análise e tratamento dos dados	20
2.6 Considerações éticas.....	20
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	21
3.1 Caraterização sociodemográfica das pessoas dependentes.....	21
3.2 Sistemas corporais afetados/diagnósticos médicos, no momento da admissão.....	23
3.3 Evolução do compromisso nos processos corporais entre a admissão e alta clínica	23
3.3.1 Úlceras de pressão.....	25
3.4 Potencial de reconstrução de autonomia.....	26
3.5 Evolução da dependência no autocuidado entre a admissão (AD) e alta clínica (AC)	27
3.5.1 Evolução dos «grandes dependentes» (acamados).....	27
3.5.2 Evolução do nível dependência no autocuidado global por tipologia de cuidados.....	28
3.5.3 Evolução do nível dependência no autocuidado global - avaliação <i>intrasujeitos</i>	29
3.5.4 Evolução do nível de dependência no autocuidado entre 2 grupos: independentes (<i>IaIR</i>) e dependentes (<i>DaIR</i>).....	29
3.6 Caraterização sociodemográfica dos familiares cuidadores (FC).....	31
3.7 Potencial dos familiares cuidadores para tomar conta.....	33
3.8 Caraterização sociodemográfica das famílias	34
3.9 Potencial das famílias para tomar conta.....	34
3.10 Destino dos dependentes após alta clínica da RNCCI	35
3.11 O suporte da rede formal disponível às famílias após a alta clínica dos dependentes.....	36
3.12 Correlações entre as principais variáveis do estudo.....	38
3.13 Principais sínteses do estudo	41
4. CONCLUSÕES	46
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
6. COMUNICAÇÕES EM CONGRESSOS E PUBLICAÇÕES RELACIONADAS COM O ESTUDO.....	49

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento Centros de saúde

AD - Admissão

AC - Alta clínica

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DaIR - dependentes antes do internamento hospitalar/referenciação para RNCCI

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa Coordenadora Local

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ERCS - Equipa Referenciadora do Centro de saúde

FC - Familiar cuidador

FD - Familiar dependente

IaIR - independentes antes do internamento hospitalar/referenciação para RNCCI

ICD-9 - International Classification of Diseases (Ninth Revision)

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio ao Domicílio

SCM – Santa Casa da Misericórdia

UC - Unidade de Convalescença

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

USF - Unidade de saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório resulta da concretização do estudo “*Ganhos em Saúde na RNCCI: o caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*”, estudo este, como o título é indicativo, realizado no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Assistimos, atualmente, nos países mais desenvolvidos, nomeadamente, na Europa, onde Portugal se enquadra, a alterações demográficas significativas caracterizadas pelo envelhecimento exponencial da população. Segundo os censos de 2011, o *Índice de Envelhecimento* em território nacional é de 129 com uma projeção estimada de 271 para 2060 (Instituto Nacional de Estatística, 2011). A investigação científica produzida sobre o fenómeno do envelhecimento reporta-nos para uma correlação positiva expectável entre a idade e o grau de dependência no autocuidado. Desta evidência decorre desafios prioritários colocados ao(s) modelo(s) de organização dos cuidados de saúde, financeiramente sustentável(s), com centralidade no suporte profissional às famílias quando num determinado momento do seu ciclo vital integram familiares dependentes.

Estudos recentes de base populacional decorridos em Portugal no âmbito de programas de doutoramento em enfermagem, nomeadamente, nos concelhos de Lisboa e Porto (*e.g.*, Costa, 2013; Gonçalves, 2013) estimam que das 3.869.188 famílias clássicas (agregados familiares) existentes em Portugal (INE, 2011), cerca de 2,9% integram, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado no domicílio (cerca de 110 mil dependentes), dos quais, uma parte substantiva são dependentes «*acamados*»¹ ou «*grandes dependentes*», contabilizando, a cada momento, cerca de 48 mil casos. Este dado é muito relevante, na medida em que estes dependentes «*acamados*», pela sua condição de saúde muito vulnerável (níveis elevados de dependência e compromisso acentuado nos processos corporais) e numa perspetiva de continuidade de cuidados de saúde e apoio social, têm critérios de admissão na RNCCI.

Os estudos na área da economia da saúde referem que a maior componente dos custos do sistema de saúde provém dos cuidados às pessoas com doenças crónicas de longa duração. Em Portugal, a população idosa apresenta níveis mais elevados de incidência de doenças crónicas e

¹ Pessoa «*acamada*» ou «*grande dependente*» traduz um perfil de dependência designado por alectuado enquanto estado de confinamento ao leito (ACSS, 2010).

períodos mais prolongados de morbilidade associada, comparativamente a outros países da Europa.

A necessidade da criação da RNCCI (DL n.º 101/2006) surge com o intuito de encontrar novas respostas em saúde e de apoio social, diversificadas, ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos da própria evolução das doenças e condições sociais, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Em paralelo, estas respostas devem ser promotoras de autonomia e da participação dos destinatários e do incremento das competências nas famílias para lidar com as necessidades dos familiares dependentes. Pressupõe que o trabalho seja integrado e pró-ativo entre as equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos doentes e famílias, tendo em conta as suas necessidades e expectativas.

A implementação deste modelo assistencial integrado - da saúde e da segurança social - configura-se como um novo nível de cuidados de saúde, que se perfila intermédio, fazendo a ponte entre os cuidados de saúde diferenciados (hospital) e cuidados de saúde primários (comunidade). Este modelo de cuidados tem vindo a ser implementado num conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, integrando tipologias de internamento e equipas de cuidados integrados ao domicílio.

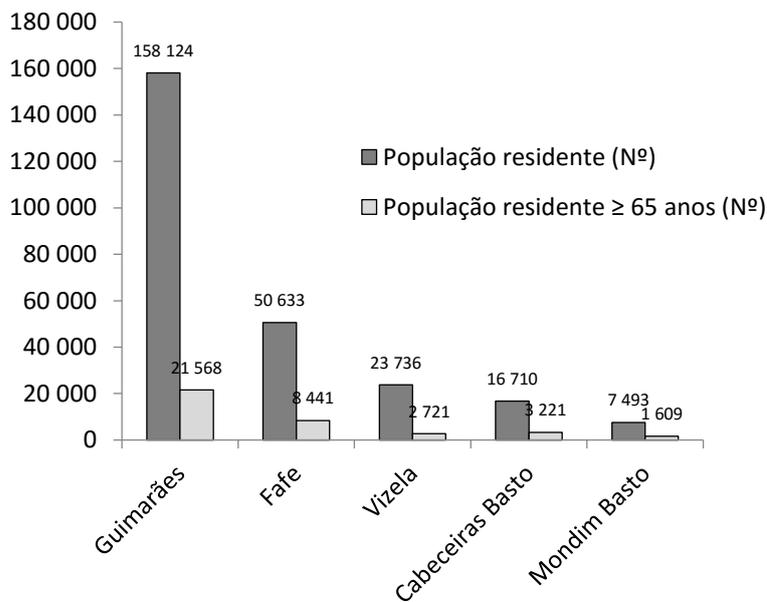
Os dados que se vão produzindo e disponíveis publicamente nos Relatórios de Monitorização da RNCCI (semestrais) reportam indicadores globais (de processo) que, embora importantes, são, sobretudo, centrados na estrutura da RNCCI, na caracterização dos utentes, na taxas de referenciação por parte das EGA's dos hospitais e ER's dos centros de saúde, nas taxas de ocupação dos prestadores e na demora média, nº utentes assistidos ou que ingressaram, na execução financeira... carecem, pois, na nossa opinião, de indicadores de natureza clínica mais específica e, nomeadamente, indicadores de resultado que possam monitorizar o impacto (ganhos) na condição de saúde dos dependentes decorrente dos cuidados prestados durante o episódio de internamento/acompanhamento na RNCCI e, em simultâneo, os custos financeiros associados a cada doente e por unidade/equipa, bem como, a correlação/diferenças entre estas variáveis.

Do exposto, passada uma década da criação da RNCCI e partilhadas estas preocupações, a avaliação dos ganhos em saúde (com rigor científico) das pessoas dependentes que “passam” na RNCCI, configura-se, na nossa opinião, como uma prioridade em investigação neste domínio dos cuidados de saúde. É este o contributo que nos propomos concretizar com o desenvolvimento deste estudo...

1.1. Caracterização sumária da população dos concelhos da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave

A área geográfica de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave (contexto deste estudo), situada na região Norte do país, na região Minho, engloba 5 concelhos: Guimarães, Fafe, Vizela, Cabeceiras de Basto e Mondim de Basto. O Gráfico 1 permite-nos verificar que o concelho de Guimarães é o que tem maior nº de pessoas residentes (158.124) e, em paralelo, o maior nº de residentes idosos (21.568), contrastando com o concelho de Mondim de Basto que engloba o menor nº de pessoas residentes (7.493) e, igualmente, o menor nº de residentes idosos (1.609). A população idosa representa 14,6% da população total desta região² (INE, 2011).

Gráfico 1 - População residente (N.º) por concelho e população residente por concelho com ≥ 65 anos (N.º), da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave



Fonte: INE, 2011 - Última atualização dados: 20 de novembro de 2012

O *Índice de Envelhecimento* dos concelhos da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave é de 105 (Gráfico 2) valor inferior quer ao da região Norte (113,3), quer ao contexto nacional (127,8) - (INE, 2011).

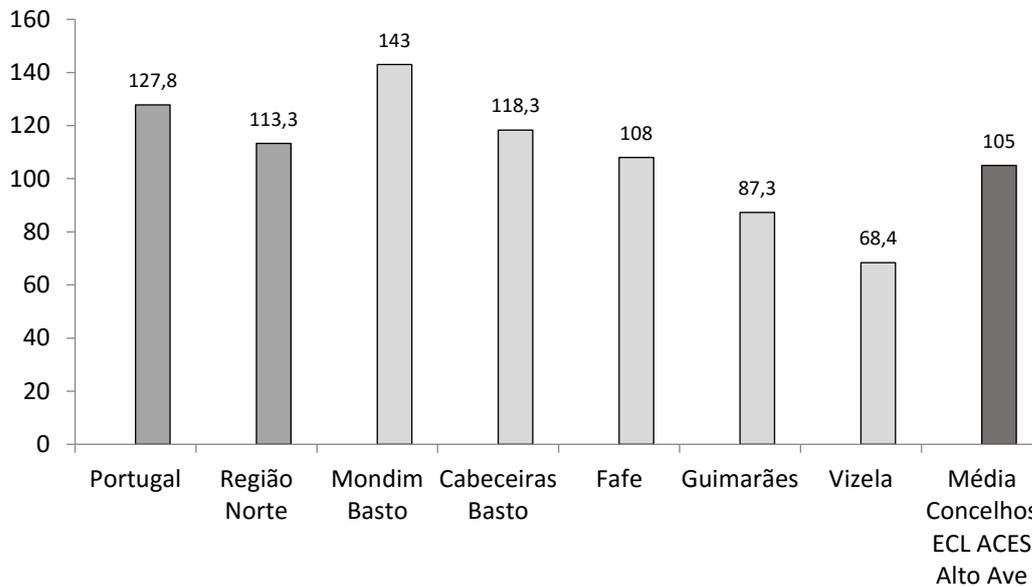
² População residente (N.º) / População ≥ 65 anos (N.º); (INE, 2011):

- Portugal=10.562.178 / 2.010.064 (19%)

- Região Norte=3.689.682 / 631.439 (17,1%)

- Concelhos área abrangência ECL ACES Alto Ave=256.696 / 37.560 (14,6%)

Gráfico 2 – Índice de envelhecimento dos concelhos da área de abrangência da ECL ACES Alto Ave



Em relação às respostas da RNCCI na área de abrangência da ECL do Alto Ave, onde o presente estudo se enquadra, existem 10 prestadores de cuidados distribuídos por 4 tipologias:

- 1) 2 UC`s; situadas na SCM de Fafe e Cabeceiras de Basto (pertença do Centro Hospitalar do Alto Ave), num total de 27 camas;
- 2) 1 UMDR; localizada na SCM de Vizela, com 40 camas;
- 3) 3 ULDM`s; situadas no Centro Social e Paroquial de Nespereira, SCM Guimarães e SCM Vizela, num total de 139 camas;
- 4) 4 ECCI`s; localizadas no CS Fafe, CS Guimarães, CS Vizela e CS Cabeceiras de Basto, num total de 80 vagas (20 vagas por ECCI).

No total, os 10 prestadores de cuidados da RNCCI da área de abrangência da ECL do ACES Alto Ave, há data do início do presente estudo, englobam 286 vagas, o que corresponde a 2,1% do nº total de respostas a nível nacional - 13.624 vagas (Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da RNCCI, 1º semestre 2014). De realçar que nesta região não existe qualquer resposta na tipologia de UCP`s.

1.2. Objetivos do estudo

O principal objetivo do presente estudo é conhecer o perfil das pessoas dependentes e famílias acompanhadas pelos prestadores de cuidados da RNCCI da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave.

Definimos como objetivos específicos:

- 1) Conhecer a evolução da condição de saúde das pessoas durante o acompanhamento pela RNCCI (entre a admissão e a alta clínica), quanto ao:
 - Compromisso nos processos corporais;
 - Nível de dependência no autocuidado;
- 2) Conhecer o potencial de reconstrução de autonomia das pessoas dependentes no momento da admissão na RNCCI;
- 3) Conhecer o potencial dos familiares cuidadores para tomar conta, no momento da alta clínica da RNCCI
- 4) Conhecer o potencial das famílias para integrarem os membros dependentes, no momento da alta clínica da RNCCI
- 5) Conhecer o destino das pessoas dependentes após a alta clínica da RNCCI
- 6) Conhecer o suporte formal aos dependentes e famílias após a alta clínica da RNCCI
- 7) Explorar possíveis relações entre as principais variáveis do estudo.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Após o enquadramento do estudo, bem como a definição dos objetivos propostos, é chegado o momento de justificarmos as opções metodológicas. No desenvolvimento deste capítulo, explicaremos o desenho adotado para o estudo: tipo de estudo, amostra, contexto(s), procedimento de recolha de dados, análise e tratamento dos dados e, por último, as considerações éticas.

2.1 Tipo de estudo

O estudo enquadra-se na investigação de perfil quantitativo e de caráter exploratório, com avaliação *inter* e *intrasujeitos*. Dado o escasso conhecimento ainda produzido nos ambientes clínicos da RNCCI, pretende-se conhecer aspetos de um fenómeno pouco explorado. Os casos do estudo foram seguidos e avaliados em dois momentos: admissão e alta clínica da RNCCI.

2.2 População/amostra e contexto do estudo

A população/amostra do estudo é constituída pela totalidade das pessoas dependentes admitidas em todos os prestadores de cuidados da RNCCI da área de abrangência da ECL do ACES Alto Ave, sinalizadas no momento da admissão e com critério temporal definido de 1 ano - entre 1 de março de 2014 e 28 de fevereiro de 2015. Trata-se, pois, de uma amostra não probabilística, de conveniência ou acidental, constituída por 891 casos seguidos a partir da admissão na RNCCI, distribuídos por 10 ambientes clínicos, configurando 4 tipologias de cuidados: 6 unidades de internamento – 2 UC`s, 1 UMDR, 3 ULDM`s – e 4 ECCI`s (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra pelos prestadores de cuidados da RNCCI da área de abrangência da ECL do ACES Alto Ave, (N=891)

Prestadores cuidados RNCCI área abrangência ECL ACES Alto Ave	N	%
UC Fafe	143	16,0
UC Cabeceiras Basto	122	13,7
UMDR Vizela	160	18,0
ULDM Vizela	65	7,3
ULDM SCM Guimarães	77	8,6
ULDM Nespereira	99	11,1
ECCI Fafe	63	7,1
ECCI Guimarães	67	7,5
ECCI Vizela	62	7,0
ECCI Basto	33	3,7
Total	891	100,0

A Figura 1 mostra-nos a evolução da amostra do estudo ao longo do espaço temporal definido para a recolha de dados – 1 ano. Como já referimos, no **momento da admissão** na RNCCI foram identificados e avaliados 891 pessoas dependentes.

Durante o acompanhamento da RNCCI, 62 casos agudizaram a sua condição de saúde com necessidade de serem enviados à urgência do hospital de referência, não regressando à RNCCI no período de reserva de vaga, 106 casos vieram a falecer durante o acompanhamento da RNCCI e em 122 casos não foi efetuada a 2ª avaliação por ainda se encontrarem acompanhados pela RNCCI sem alta clínica prevista à data do término da recolha de dados (28 fevereiro 2015). Significa, pois, no total, não foram alvo da 2ª avaliação 290 casos (62+106+122=290).

Por último, no **momento da alta clínica**, foram avaliados 601 dependentes (891-290=601), 358 familiares cuidadores e 594 famílias clássicas. Um aspeto que importa desde já clarificar: a **avaliação dos familiares cuidadores e das famílias apenas era efetuada no formulário da 2ª avaliação – momento da alta clínica**. Pelo contrário, como já tivemos oportunidade de referir, a **avaliação das pessoas dependentes foi efetuada nos 2 momentos – admissão e alta clínica** – permitindo, desde logo, avaliar a evolução da sua condição de saúde. No subcapítulo “2.4 Instrumento de recolha de dados” explicaremos mais detalhadamente as dimensões que constituem os 2 formulários aplicados no estudo.

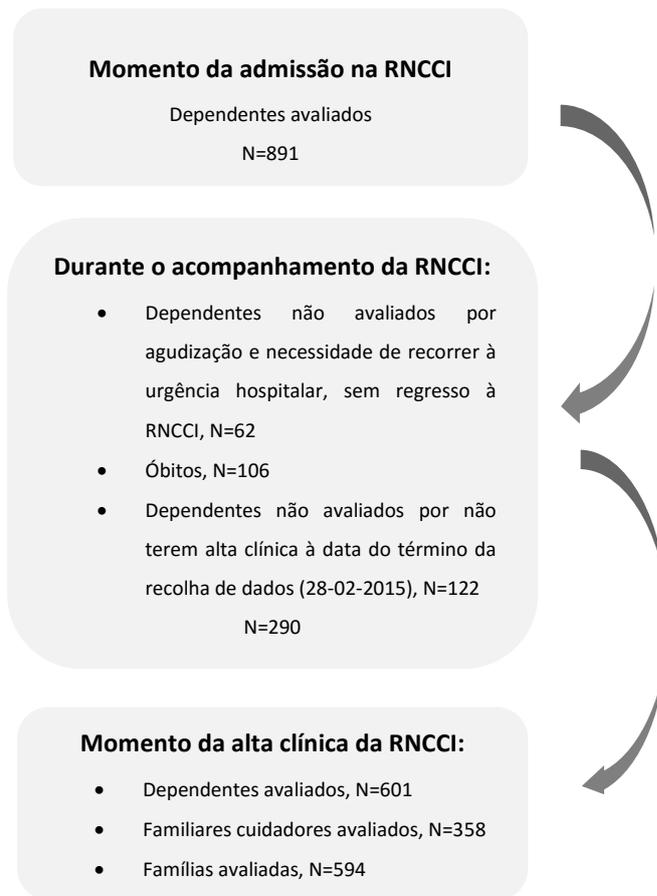


Figura 1 – Evolução da amostra do estudo

2.3 Procedimento de recolha de dados

Foram concebidos 2 formulários denominados “*Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI, na admissão*” – aplicado na admissão dos dependentes na RNCCI (*on-line*) - e “*Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI, na alta clínica*” - aplicado na alta clínica dos dependentes na RNCCI (*on-line*). Para a aplicação dos formulários contámos com a colaboração dos elementos das equipas de enfermagem dos prestadores de cuidados envolvidos no estudo.

2.4 Instrumento de recolha de dados

Face ao um dos principais objetivos do estudo – conhecer a evolução da condição de saúde dos dependentes entre a admissão e a alta clínica da RNCCI – estes formulários têm dimensões em

comum, como, por exemplo, a avaliação dos processos corporais e o nível de dependência no autocuidado.

Assim, o formulário aplicado na admissão - “*Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI, na admissão*” - é composto pelas seguintes dimensões:

- 1) **Caraterização sociodemográfica das pessoas dependentes;** refere-se a um conjunto de dados, tais como: sexo, idade, nível de escolaridade, profissão, natureza da instalação da dependência, motivo que originou a dependência, proveniência do dependente, etc;
- 2) **Potencial de reconstrução de autonomia;** permite avaliar os recursos individuais (físicos, cognitivos e psicológicos) determinantes para a evolução da condição de dependência. Trata-se de uma escala que engloba 7 dimensões, avaliadas através de uma escala ordinal com 4 categorias (*score 1 - sem potencial; score 2 - potencial reduzido; score 3 - potencial moderado e; score 4 - potencial elevado*). As 7 dimensões desta escala são as seguintes: 1) *Consciencialização por parte do cliente das mudanças no seu estado de saúde*, 2) *Força de vontade expressa pelo cliente na aprendizagem*, 3) *Crença demonstrada pelo cliente que é capaz de recuperar*, 4) *Desejo expresso pelo cliente em se tornar mais independente*, 5) *Motivação, proactividade e envolvimento do cliente no processo de ensino/aprendizagem*, 6) *Capacidade cognitiva do cliente e*, 7) *Capacidade física do cliente (ex. força muscular)*.

Significa, pois, que o **score mínimo atribuído a cada caso é 7** (nenhum potencial: $1 \times 7 = 7$). O **score máximo atribuído a cada caso é 28** (potencial máximo: $4 \times 7 = 28$). Portanto, infere-se desta escala que, **quanto maior o score global atribuído a cada dependente, melhor é a sua condição de saúde** relativamente ao seu potencial de reconstrução de autonomia. Em contrapartida, **quanto menor o score global atribuído a cada dependente, pior é a sua condição de saúde** relativamente ao seu potencial de reconstrução de autonomia.

Quanto à aplicação da escala de avaliação do Potencial de reconstrução de autonomia, aplicada na admissão (N=891), ficou demonstrada a sua excelente consistência interna - valor do **Coeficiente Alfa de Cronbach apurado foi de ($\alpha=0,975$)**.

- 3) **Nível de dependência no autocuidado global;** trata-se de uma escala que engloba 10 domínios diferentes do autocuidado, avaliados através de uma escala ordinal com 4 categorias (*score 1 – não participa; score 2 – necessita de ajuda de pessoas; score 3 – necessita de equipamentos e; score 4 - independente*). Os 10 domínios do autocuidado

são: 1) *Tomar banho*; 2) *Vestir-se/despir-se*; 3) *Arranjar-se*; 4) *Uso do sanitário*; 5) *Alimentar-se*; 6) *Elevar-se*; 7) *Virar-se*; 8) *Transferir-se*; 9) *Andar e*, 10) *Tomar medicação*.

Da interpretação desta escala, infere-se que o **score mínimo atribuído a cada caso é 10** (totalmente dependente, não participa: $1 \times 10 = 10$). O **score máximo atribuído a cada caso é 40** (totalmente independente: $4 \times 10 = 40$). Depreende-se, pois, nesta escala, **quanto maior o score global atribuído a cada dependente, melhor é a sua condição de saúde** relativamente ao seu nível de dependência. Em contrapartida, **quanto menor o score global atribuído a cada dependente, pior é a sua condição de saúde** relativamente ao seu nível de dependência.

Em relação à aplicação da escala de avaliação do nível de dependência no autocuidado global na admissão (N=891), ficou demonstrada a sua excelente consistência interna - valor do **Coefficiente Alfa de Cronbach apurado foi de ($\alpha=0,965$)**.

4) Compromisso nos processos corporais; no global, trata-se de um item do formulário que possibilita a caracterização dos dependentes em função da existência de alterações fisiológicas reais ou potenciais avaliadas, quase na totalidade, através de 2 categorias (variáveis nominais dicotómicas compostas por um diferencial semântico entre *score 1* - sim; *score 2* - não). Damos como exemplos destes focos de atenção: úlcera de pressão, rigidez articular, dor, expetorar, força muscular, equilíbrio pé/sentado, etc. A partir da avaliação de 14 focos de atenção, para cada caso, evoluímos para a “computação” de uma variável intervalar que resulta do somatório do *score* atribuído a cada um destes 14 focos, resultando numa variável que denominámos - *compromisso nos processos corporais* (Σ Compromisso processos corporais = Úlcera pressão + Risco rigidez Articular + Rigidez Articular + Risco maceração + Maceração + Risco desidratação + Desidratação + Limpeza vias aéreas ineficaz/Expetorar ineficaz + Dor + Ostomia ventilação/Eliminação + Força muscular diminuída + Equilíbrio sentado + Equilíbrio pé + Risco queda).

Na avaliação de cada um dos focos de atenção foi seguido um princípio orientador comum: a presença do foco avaliado no dependente corresponde ao *score* mais baixo - *score 1* (damos como exemplo, a presença de úlcera de pressão), em contrapartida, a ausência do foco corresponde ao *score* mais alto - *score 2* (damos como exemplo, a ausência de úlcera de pressão). Da interpretação deste somatório, infere-se que o **score mínimo atribuído a cada caso é 14** (total compromisso nos processos corporais: $1 \times 14 = 14$), por outro lado, o **score máximo atribuído a cada caso é 28** (ausência total de compromisso nos processos corporais: $2 \times 14 = 28$). Decorre desta explicação que, **quanto maior o score global atribuído a cada dependente, melhor é a sua condição de saúde**

relativamente ao compromisso nos processos corporais. Em contrapartida, **quanto menor o score global atribuído a cada dependente, pior é a sua condição de saúde** relativamente ao compromisso nos processos corporais.

- 5) **Complexidade do regime terapêutico;** inclui um conjunto de variáveis qualitativas nominais dicotômicas com diferencial semântico entre “sim/não” (ex. “necessidade de terapêutica parentérica”, “necessidade de mais de cinco medicamentos peros prescritos por dia”). Monitoriza a necessidade de um regime terapêutico após a alta clínica, bem como, o nível de capacitação por parte das pessoas dependentes/FC face à necessidade de lidar com esse mesmo esquema terapêutico, frequentemente uma situação nova para as famílias ou de maior complexidade, comparativamente ao que estava instituído antes do evento crítico que gerou o episódio de referenciação para a RNCCI.

Em relação ao formulário aplicado na alta clínica - “*Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI, na alta clínica*” - é composto pelas seguintes dimensões:

- 1) **Destino do dependente após a alta clínica/transferência de tipologia;** o destino, mais do que o local físico onde é “depositado” o dependente após a transferência/alta clínica, no contexto deste estudo, é visto por nós como um recurso determinante (facilitador ou condicionante) das transições saudáveis dos dependentes e famílias. Inclui neste instrumento um conjunto possível de destinos, como: tipologias da RNCCI, domicílio (com ou sem suporte da rede formal), respostas sociais (*e.g.*, lares), etc;
- 2) **Nível de dependência no autocuidado global;** trata-se das mesmas dimensões avaliadas no ponto 3) do instrumento aplicado na admissão, permitindo deste modo, a comparação do nível de dependência no autocuidado global para cada caso, entre a admissão e a alta clínica.

Em relação à aplicação desta escala na alta clínica (N=601), ficou demonstrada a sua excelente consistência interna - valor do **Coefficiente Alfa de Cronbach apurado foi de ($\alpha=0,983$)**, há semelhança do que aconteceu na aplicação da mesma escala no momento de admissão;

- 3) **Compromisso nos processos corporais;** trata-se igualmente das mesmas dimensões avaliadas no ponto 4) do formulário aplicado na admissão, permitindo deste modo, a comparação do compromisso nos processos corporais para cada caso, entre a admissão e a alta clínica;

- 4) **Caraterização Sociodemográfica do Familiar Cuidador (FC)**; engloba um conjunto de dimensões tais como: sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, profissão, parentesco com FD, cuidador pela 1ª vez (ou não), coabitação com FD (ou não), etc;
- 5) **Potencial do Familiar Cuidador (FC) para Tomar Conta**; permite a avaliação do potencial do FC (físico, cognitivo e psicológico, perceção de suporte) para tomar conta do familiar dependente, bem como, aspetos associados à sua experiência anterior de cuidar com potenciais implicações na qualidade de vida da família decorrente do processo de cuidar. Há semelhança da escala utilizada sobre o potencial de reconstrução de autonomia, a escala sobre o potencial do FC para tomar conta foi igualmente adaptada da escala construída e validada por Petronilho (2013). Este instrumento engloba 17 dimensões avaliadas através de uma escala ordinal com 3 categorias (*score* 1 – Potencial reduzido; *score* 2 – Potencial moderado; *score* 3 – Potencial elevado) e distribuídas por 4 componentes:
 - i. **Componente 1**; reporta aspetos de natureza psicológica e interação entre o FC e FD. Engloba 6 dimensões: 1) consciencialização do FC para tomar conta, 2) força de vontade expressa pelo FC para tomar conta, 3) nível de participação, proatividade e envolvimento do FC nos processos de ensino/aprendizagem, 4) nível de apoio dos familiares/amigos percebido pelo FC para tomar conta, 5) nível de perceção do FC acerca da capacidade para tomar conta (perceção autoeficácia), 6) qualidade/intensidade da relação entre FC e dependente;
 - ii. **Componente 2**; reporta aspetos cognitivos, físicos, competência instrumental e de decisão sobre o processo de cuidados. Engloba igualmente 6 dimensões: 7) nível de reconhecimento por parte do FC das necessidades do familiar dependente, 8) nível de conhecimento do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta, 9) nível de capacidades instrumentais do FC sobre os cuidados necessários para tomar conta, 10) capacidade física do FC para tomar conta, 11) potencial de aprendizagem do FC para tomar conta, 12) capacidade cognitiva/de aprendizagem do FC para tomar conta;
 - iii. **Componente 3**; reporta a aspetos relacionados com a perceção do FC sobre o suporte fornecido por parte da rede formal de cuidados de saúde e apoio social, bem como, a experiência anterior do FC para tomar conta do FD. Engloba 2 dimensões: 13) nível de apoio da rede formal percebido pelo FC para tomar conta, 14) experiência prévia do FC para tomar conta;

- iv. *Componente 4*; reporta aspetos relacionados com a (potencial) exaustão decorrente do processo contínuo de cuidar. Engloba igualmente 3 dimensões: 15) antecedentes de sobrecarga do FC para tomar conta, 16) sobrecarga atual do FC para tomar conta (*e.g.*, exaustão, stress), 17) risco de sobrecarga do FC para tomar.

O **score mínimo atribuído a cada caso é 17** (potencial reduzido do FC para tomar conta: $1 \times 17 = 17$). O **score máximo atribuído a cada caso é 51** (potencial máximo do FC para tomar conta: $3 \times 17 = 51$). Portanto, infere-se desta escala que, **quanto maior o score global atribuído a cada FC, melhor é a sua condição de saúde** relativamente ao seu potencial para tomar conta do familiar dependente. Em contrapartida, **quanto menor o score global atribuído a cada FC, pior é a sua condição de saúde** relativamente ao seu potencial para tomar conta do familiar dependente.

Quanto à aplicação da escala de avaliação do Potencial do FC para tomar conta no momento da alta clínica do familiar dependente (N=358), ficou demonstrada a sua boa consistência interna - valor do **Coefficiente Alfa de Cronbach apurado foi de ($\alpha=0,895$)**.

- 6) **Dados sociodemográficos da Família**; reporta dimensões como os rendimentos do agregado familiar, tipo de família, tipo de alojamento, etc;
- 7) **Potencial da família para tomar conta**; reporta-se a um conjunto de informação que caracteriza o processo familiar e, deste modo, a capacidade da família para integrar o membro dependente. Inclui um conjunto de 6 dimensões avaliadas com recurso a uma escala ordinal com 4 categorias (*score 1* - Não existe potencial; *score 2* – Potencial reduzido; *score 3* – Potencial moderado; *score 4* - Potencial elevado). As 6 dimensões que compõem a escala são. 1) consciencialização da família acerca das implicações na dinâmica familiar do processo de tomar conta do familiar dependente; 2) disponibilidade expressa pela família para cooperar no processo de tomar conta do familiar dependente; 3) disponibilidade expressa pela família quanto aos recursos económicos e financeiros necessários para tomar conta do familiar dependente; 4) nível de rendimentos da família (económicos/financeiros); 5) nível de funcionalidade da família, 6) condições estruturais da residência/casa da família.

O **score mínimo atribuído a cada caso é 6** (sem potencial da família para tomar conta: $1 \times 6 = 6$). O **score máximo atribuído a cada caso é 24** (potencial máximo da família para tomar conta: $4 \times 6 = 24$). Portanto, infere-se desta escala que, **quanto maior o score global**

atribuído a cada família, melhor é a sua capacidade para integrar o familiar dependente em casa. Em contrapartida, **quanto menor o score global atribuído a cada família, pior é a sua capacidade** para integrar o familiar dependente em casa.

Quanto à aplicação da escala de avaliação da família para tomar conta do familiar dependente, no momento da alta clínica (N=594), ficou demonstrada a sua boa consistência interna - valor do ***Coefficiente Alfa de Cronbach* apurado foi de ($\alpha=0,892$)**.

2.5 Análise e tratamento dos dados

Após a recolha de dados com a aplicação *on-line* dos 2 formulários do estudo - “*Perfil dos Dependentes e Famílias Integrados nos Prestadores de Cuidados da RNCCI*” (admissão e alta clínica) – estes foram exportados para uma base de dados construída no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 23,0)* onde se procedeu ao tratamento estatístico. Foi efetuada estatística descritiva e estatística inferencial.

2.6 Considerações éticas

Foi formalizado o pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, o qual foi deferido (**Parecer nº 14/2014**).

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Explicado o dispositivo metodológico adotado para este estudo, passamos à apresentação dos resultados.

3.1 Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes

A Tabela 2 revela-nos dados relativos à caracterização sociodemográfica dos dependentes que fazem parte da amostra do estudo (N=891). Da sua análise, verifica-se que a maioria é do sexo feminino [56,6% (n=504)], casados [46% (n=410)], embora com um número significativo de viúvos [38,8% (n=346)]. Têm, em média, 76,7 anos, onde a maioria tem idade igual ou superior a 80 anos (50,2%); a maioria tem o 1º ciclo [50,6% (n=451)] ou analfabetos [42,6% (n=380)]. Um número muito significativo é pensionista/reformado [60,4% (n=537)], tal como era expectável, face à faixa etária dos dependentes.

A causa que originou a dependência, na maioria dos casos, foi a doença aguda [44,6% (n=397)], apesar de ter sido identificado um número significativo de doentes em que o motivo da dependência foi a doença crónica [33,8% (n=301)]. Na maioria dos casos a instalação da dependência ocorreu de forma súbita [56,6% (n=504)]; o tempo de dependência é, em média, de 17,7 meses, com cerca de dois terços da amostra já dependente antes do evento gerador da referência para a RNCCI [66,9% (n=596)]. A maioria dos dependentes foi referenciada pelas EGA's [73% (n=650)].

Durante o período de recolha de dados (1 ano) registaram-se 106 (11,9%) óbitos e 62 casos (7%) não regressaram à RNCCI após agudização que motivou o ingresso no hospital da área de referência. Por fim, a demora média (em dias) dos dependentes com alta clínica foi de 112 dias nas ULDM's e 91 dias nas ECCI's.

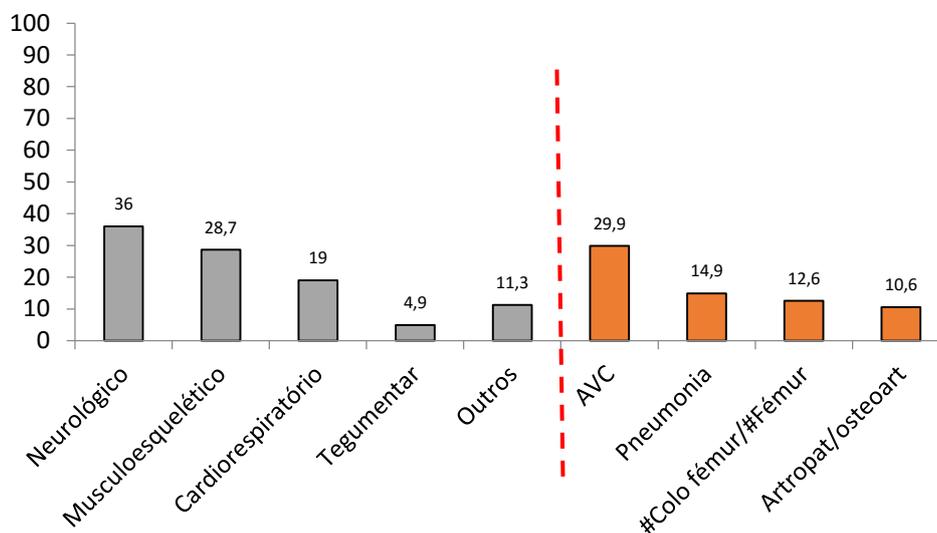
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas dependentes (N = 891)

Caraterização sociodemográfica das pessoas dependentes		Nº	%
Sexo	Masculino	387	43,4
	Feminino	504	56,6
Estado civil	Casado/união de facto	410	46,0
	Solteiro	89	10,0
	Viúvo	346	38,8
	Divorciado	46	5,2
Idade	Média	76,7	
	Máximo	102	
	Mínimo	15	-
	Desvio padrão	11,61	
	Igual ou superior a 65 anos	771	86,5
	Igual ou superior a 80 anos	447	50,2
	Igual ou superior a 90 anos	70	7,9
Nacionalidade	Portuguesa	888	99,7
	Não portuguesa	3	0,3
Nível escolaridade	Nenhum	380	42,6
	Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)	451	50,6
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	28	3,1
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	20	2,2
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	1	0,1
	Ensino superior	11	1,2
Profissão	Membros forças armadas	9	1,0
	Quadr super adminis públi, dirig quadr super empresas	9	1,0
	Especialistas, profissões intelectuais e cientistas	2	0,2
	Técnicos e profissionais nível médio	7	0,8
	Pessoal administrativo e similares	5	0,6
	Pessoal dos serviços e vendedores	25	2,8
	Operários, artificies e trabalhadores similares	50	5,6
	Operadores instalaç e máqui e trab montagem	19	2,1
	Trabalhadores não qualificados	41	4,6
	Doméstico	75	8,4
	Desempregado	19	2,1
	Pensionista / Reformado	537	60,4
	Agricultores/trabalhadores qualificados agricultura e pesca	90	10,1
Estudante	3	0,3	
Situação origem dependência	Envelhecimento	53	6,0
	Acidente	139	15,6
	Doença aguda	397	44,6
	Doença crónica	301	33,8
Modo Instalação dependência	Súbita	504	56,6
	Gradual	387	43,4
Tempo dependência (em meses)	Média	17,7	
	Máximo	756	
	Mínimo	1	-
	Desvio padrão	11,6	
Condição (in)dependência	Autónomos antes evento gerador internamento	295	33,1
	Dependentes antes evento gerador internamento	596	66,9
Origem referenciação	EGA	650	73,0
	Equipa referenciadora centro saúde	144	16,1
	Outra unidade RNCCI	97	10,9
Óbitos	Período recolha dados (1 ano)	106	11,9
Agudizações	Sem regresso à unidade de cuidados	62	7,0
Demora média (com alta clínica, em dias)	ULDM	112	
	ECCI	91	-

3.2 Sistemas corporais afetados/diagnósticos médicos, no momento da admissão

O Gráfico 3 mostra-nos que, no momento da admissão, o AVC foi a patologia (ICD-9) mais diagnosticada nos dependentes (29,9%) e principal causadora da referenciação para a RNCCI, seguindo-se a pneumonia (14,9%). Numa caracterização mais abrangente, verifica-se que o sistema corporal mais afetado é o sistema neurológico (36%), seguindo-se o sistema musculoesquelético (28,7%) e o sistema cardiorrespiratório (19%).

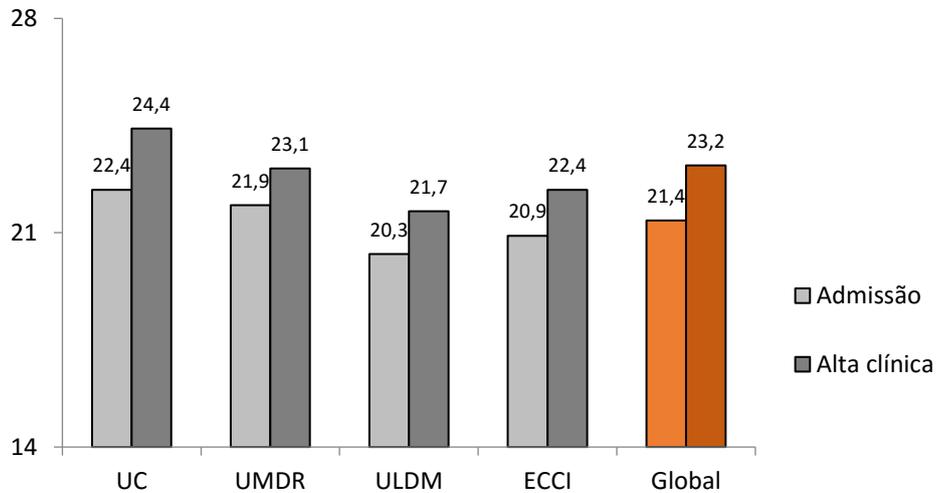
Gráfico 3 - Distribuição dos casos (%) pelo sistema corporal afetado/diagnóstico médico (N = 891)



3.3 Evolução do compromisso nos processos corporais entre a admissão e alta clínica

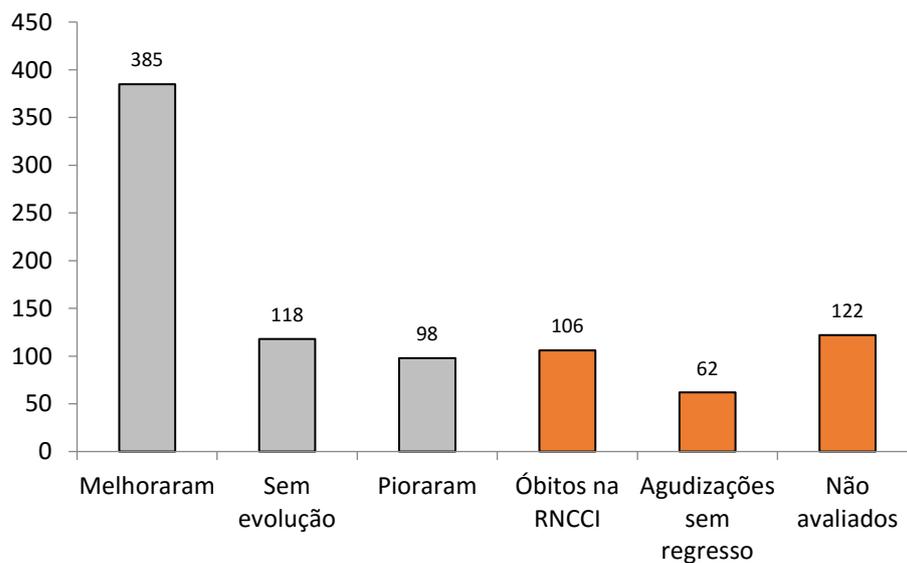
Em relação aos processos corporais foram avaliados 891 casos na admissão e 601 na alta clínica. O Gráfico 4, numa avaliação *intrasujeitos*, no global, mostra uma evolução positiva entre os dois momentos de avaliação nos casos possíveis de comparar [$n = 601$; $t(601) = -16,2$, $p < .001$]. Numa análise com maior detalhe, comparando os diferentes ambientes clínicos (avaliação *intersujeitos*), nas UC's e UMDR verifica-se menor compromisso dos processos corporais quer na admissão quer na alta clínica. No entanto, é na UMDR que se verifica uma evolução mais discreta [AD: $F(3,887) = 40,5$, $p < .001$; AC: $F(3,598) = 39,7$, $p < .001$]. De todas as tipologias, é nas ULDM's que se verifica maior compromisso nos processos corporais quer na AD quer na AC, apesar de uma evolução positiva. São resultados expectáveis tendo em conta os critérios de referenciação para as diferentes tipologias da RNCCI.

Gráfico 4 - Evolução do compromisso nos processos corporais, por tipologia de cuidados; N=891 (AD); N=601 (AC)



O Gráfico 5 mostra os resultados relativamente à evolução do compromisso nos processos corporais numa avaliação *intrasujeitos*. Em 290 casos não foi possível proceder-se a esta avaliação por motivo de óbito, agudização com necessidade de recorrer à urgência hospitalar sem regresso à RNCCI e por se manterem internados aquando da data prevista para o término da recolha de dados. Assim, dos 601 casos avaliados entre a AD e a AC, na maioria [64,1% (n=385)] verificou-se uma evolução positiva na sua condição de saúde relativamente ao compromisso nos processos corporais, em 118 casos (19,6%) não se verificou qualquer evolução e, por fim, em 98 casos (16,3%) houve agravamento.

Gráfico 5 - Evolução do compromisso nos processos corporais numa avaliação *intrasujeitos*; N=891



3.3.1 Úlceras de pressão

A Taxa de prevalência de úlceras de pressão foi de 16% (n=143) do nº total de casos admitidos (N=891), com uma média de 2 úlceras de pressão por dependente (Tabela 3).

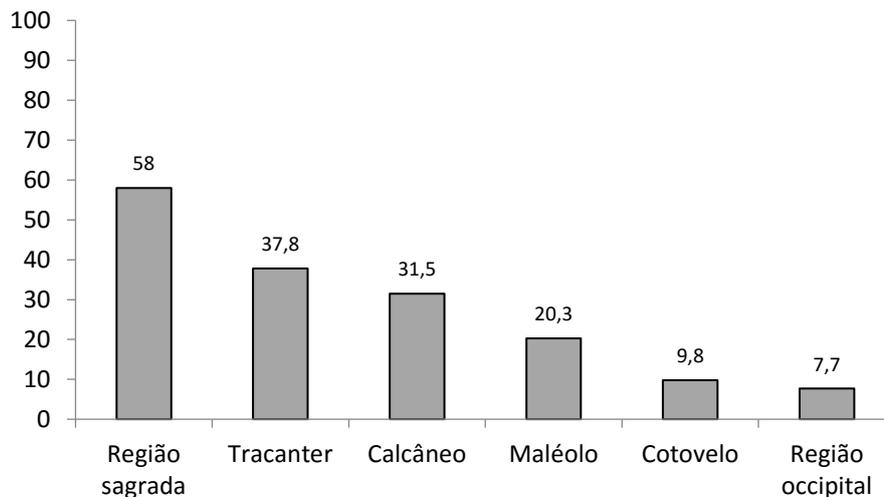
Tabela 3 – Média de úlceras de pressão

N	Mínimo	Máximo	Média	DP
143 (16%)	1	8	2	1,63

Numa avaliação mais pormenorizada, a taxa de prevalência de úlceras de pressão nas diferentes tipologias de cuidados, por ordem decrescente, foi: ULDM's (28,6%); ECCI's (17,8%); UMDR (14,4%) e UC's (4,2%).

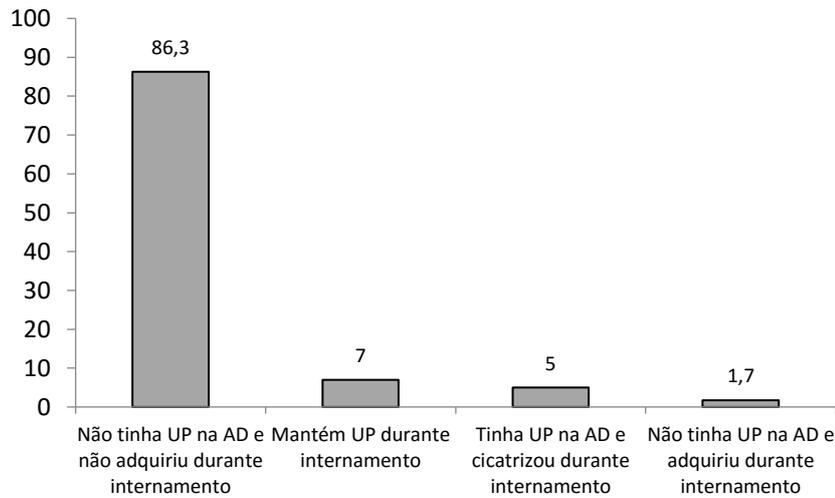
A localização anatómica das úlceras de pressão foi mais acentuada na região sacrococcígea (58%) e menos acentuada na região occipital (7,7%), Gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição das úlceras de pressão em função da localização anatómica (n=143)



Numa avaliação *intrasujeitos*, a análise do Gráfico 7 permite referir que a maioria dos dependentes com admissão e alta clínica da RNCCI (n=601), foi admitida sem quaisquer úlceras de pressão e não veio a adquirir durante o acompanhamento nesta estrutura de cuidados (86,3%). No entanto, 1,7% dos casos, apesar de admitidos na RNCCI sem úlceras de pressão, vieram a contrair, permanecendo estas no momento da alta clínica.

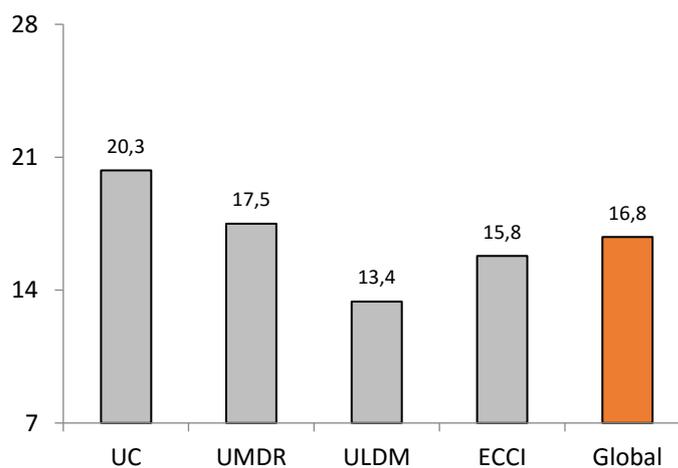
Gráfico 7 - Evolução das úlceras de pressão numa avaliação *intrasujeitos*,
(N=601)



3.4 Potencial de reconstrução de autonomia

O Gráfico 8 mostra que os dependentes internados nas UC's são aqueles que revelam maior potencial de reconstrução de autonomia no momento da admissão na RNCCI (*score* = 20,3). Em contrapartida, os dependentes com menor potencial de reconstrução de autonomia foram internados nas ULDM's (*score* = 13,4), [AD: $F(3,887) = 59,1, p < .001$].

Gráfico 8 – Potencial de reconstrução de autonomia dos dependentes por tipologia de cuidados, (N = 891)



3.5 Evolução da dependência no autocuidado entre a admissão (AD) e alta clínica (AC)

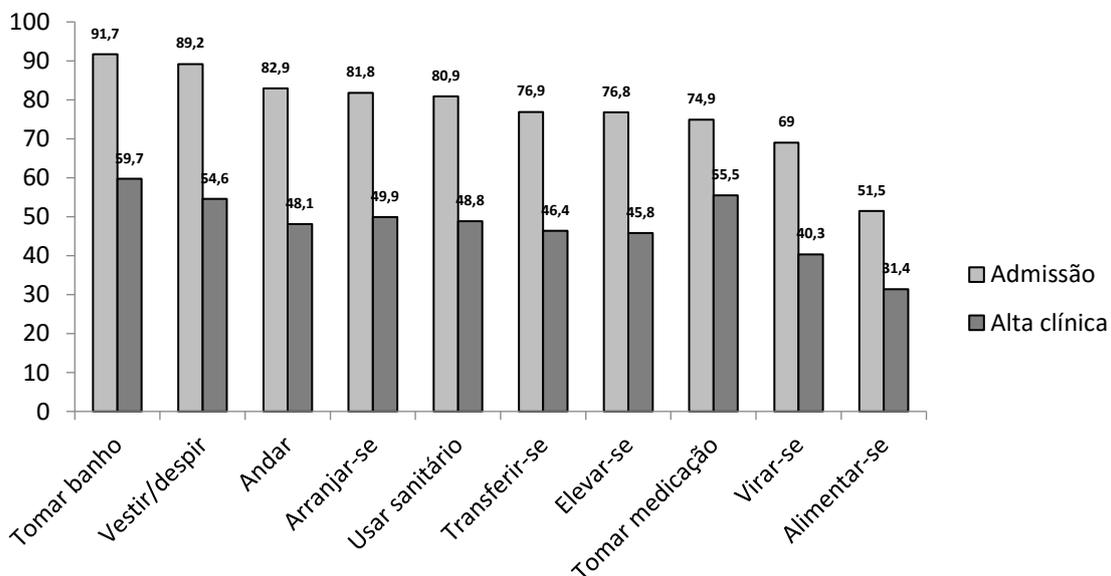
Neste subcapítulo, apresentamos os resultados relativamente ao nível de dependência no autocuidado.

3.5.1 Evolução dos «grandes dependentes» (acamados)

A análise do Gráfico 9 mostra que, no global, uma percentagem muito significativa dos casos avaliados nos diferentes ambientes clínicos do estudo são «grandes dependentes» (acamados)³ para os diferentes domínios do autocuidado. No entanto, os domínios onde se verifica maior percentagem de «grandes dependentes» é no domínio do *asseio pessoal* (tomar banho e vestir/despír-se). Por seu lado, os domínios do autocuidado com menor percentagem de «grandes dependentes» são no domínio da *mobilidade* (transferir-se, elevar-se, virar-se) e alimentar-se.

De salientar que, no global, verifica-se uma evolução muito positiva no que diz respeito à percentagem de «grandes dependentes» entre a admissão e a alta clínica.

Gráfico 9 - Evolução no nível dependência dos «grandes dependentes» (%), por domínio de autocuidado; N=891 (AD); N=601 (AC)



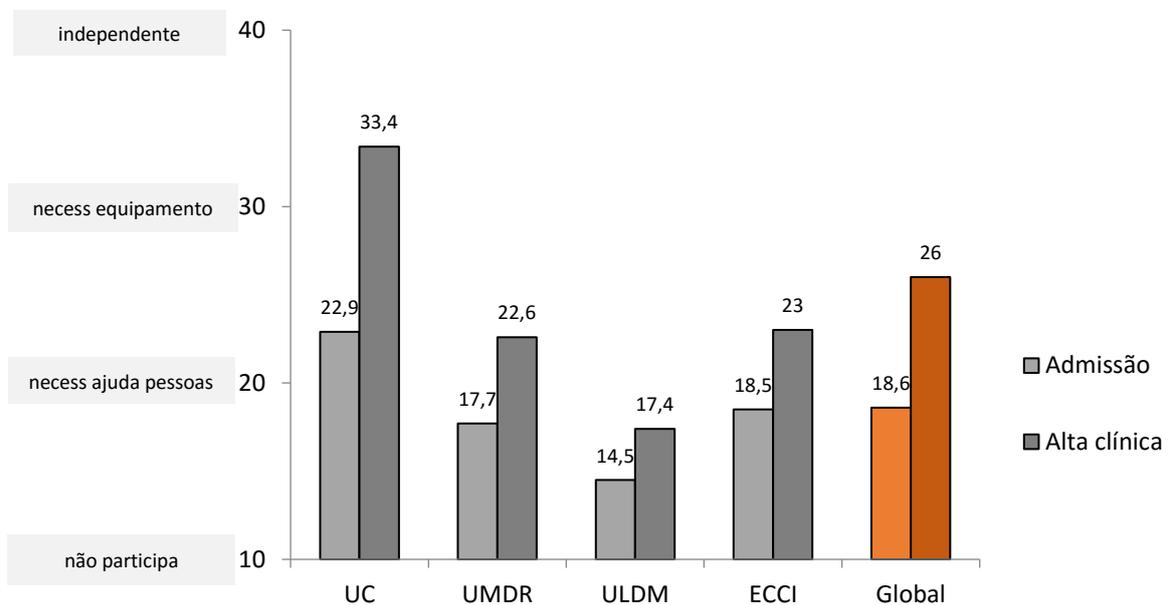
³ No contexto deste estudo, avaliamos como «grande dependente» os casos cuja condição de dependência para cada domínio do autocuidado, na aplicação da escala é avaliada com o *score 1 – não participa* ou *score 2 – necessita ajuda de pessoas*.

3.5.2 Evolução do nível dependência no autocuidado global por tipologia de cuidados

O Gráfico 10 mostra a evolução do *nível de dependência no autocuidado global* pelas diferentes tipologia de cuidados da RNCCI. Numa avaliação *intrasujeitos*, observa-se uma evolução positiva para a amostra em estudo possível de comparar entre a admissão e a alta clínica [n = 601, AD: *score* = 18,6, AC: *score* = 26; $t(600) = -20,4, p < .001$]. Observa-se que as UC's englobam os casos menos dependentes - situando-se entre *necessita ajuda pessoas* e *necessita equipamentos* na admissão [$F(3,887) = 53,8, p < .001$] e *necessita de equipamentos* e *independente* na alta clínica [AC: $F(3,597) = 90,3, p < .001$], bem como, os casos com evolução mais positiva (*score AD* = 22,9 e *score AC* = 33,4). Em contrapartida, as ULDM's englobam os casos mais dependentes - situando-se entre *não participa* e *necessita ajuda pessoas* quer na admissão quer na alta clínica, bem como, os casos com evolução menos positiva (*score AD* = 14,5 e *score AC* = 17,4).

Um aspeto que gostaríamos de realçar é o facto da condição de saúde dos casos acompanhados pelas ECCI's e UMDR, quanto ao nível de dependência e evolução da dependência entre AD e AC, serem semelhantes.

Gráfico 10 - Evolução do nível dependência no autocuidado global, por tipologia de cuidados N=891 (AD); N=601 (AC)



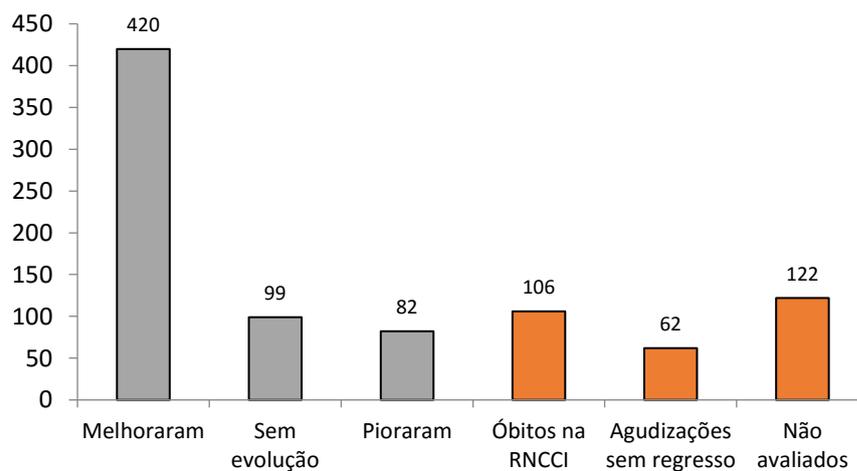
3.5.3 Evolução do nível dependência no autocuidado global - avaliação

intrasujeitos

Numa avaliação *intrasujeitos*, quanto ao *nível de dependência no autocuidado global*, dos 601 casos em que foi possível avaliar a evolução entre a admissão e a alta clínica, verificou-se que a maioria dos dependentes [69,9% (n=420)] teve evolução positiva, em 16,5% (n=99) não se verificou qualquer evolução e 13,6% (n=82) tiveram agravamento (Gráfico 11).

Há semelhança do que aconteceu na avaliação dos processos corporais, em 290 casos não foi possível proceder-se à avaliação do *nível de dependência no autocuidado global* pelos motivos já referidos: óbito, agudização com necessidade de recorrer à urgência hospitalar sem regresso à RNCCI e por se manterem internados aquando da data prevista para o término da recolha de dados, representando cerca de 1/3 (32,9%) da amostra total do estudo.

Gráfico 11 - Evolução do nível dependência no autocuidado global numa avaliação *intrasujeitos*, N=891



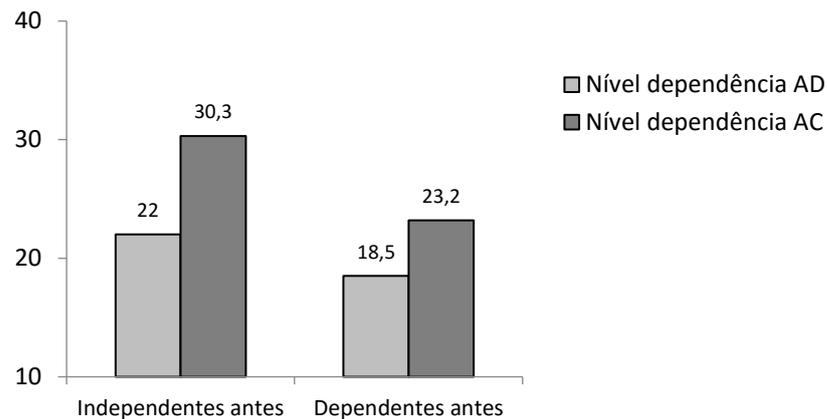
3.5.4 Evolução do nível de dependência no autocuidado entre 2 grupos:

independentes (IaIR) e dependentes (DaIR)

O Gráfico 12 mostra os resultados em relação à evolução do *nível de dependência no autocuidado global* entre 2 grupos: 1) *DaIR* - dependentes antes do internamento hospitalar/referenciação para RNCCI (n = 360); 2) *IaIR* - *independentes* antes do internamento hospitalar/referenciação para RNCCI (n = 241).

Conclui-se que o grupo *laIR*, quer no momento da admissão, quer no momento da alta clínica, revelam ser menos dependentes comparativamente ao grupo *DaIR* - AD: *score laIR* = 22, *score DaIR* = 18,5 [$t(889) = 7,84, p < .001$]; AC: *score laIR* = 30,3 *score DaIR* = 23,2 [$t(599) = 8,09, p < .001$]. Por outro lado, verifica-se no grupo *laIR* uma evolução mais positiva entre a admissão e a alta clínica [*laIR*: $t(240) = -17,55, p < .001$; *DaIR*: $t(359) = -12,6, p < .001$].

Gráfico 12 - Evolução nível dependência no autocuidado global para 2 grupos: independentes e dependentes



3.5.5 Modelo explicativo do nível dependência no autocuidado global para as pessoas acompanhadas pela RNCCI

Um dos aspetos que procurámos conhecer, através do modelo de regressão linear múltipla, foi explorar as variáveis mais associadas ao nível de dependência no autocuidado global na alta clínica. Ou seja, que variáveis determinam a variação do nível de dependência no autocuidado global na alta clínica das pessoas acompanhadas pela RNCCI no(s) ambiente(s) clínico(s) onde foi realizado o estudo? O modelo final (Figura 2) explica 78,4% desta variação. As variáveis que dão um maior contributo para esta explicação são: o potencial de reconstrução de autonomia (escala com 7 dimensões), o compromisso nos processos corporais (sumatório de 14 focos de atenção), a força muscular global (média), o risco de úlcera de pressão (escala de *Braden*) e a idade do dependente.

Em síntese, pessoas mais dependentes apresentam menor potencial de reconstrução de autonomia, menor força muscular, maior risco de úlcera de pressão, maior compromisso nos processos corporais e idade mais avançada.

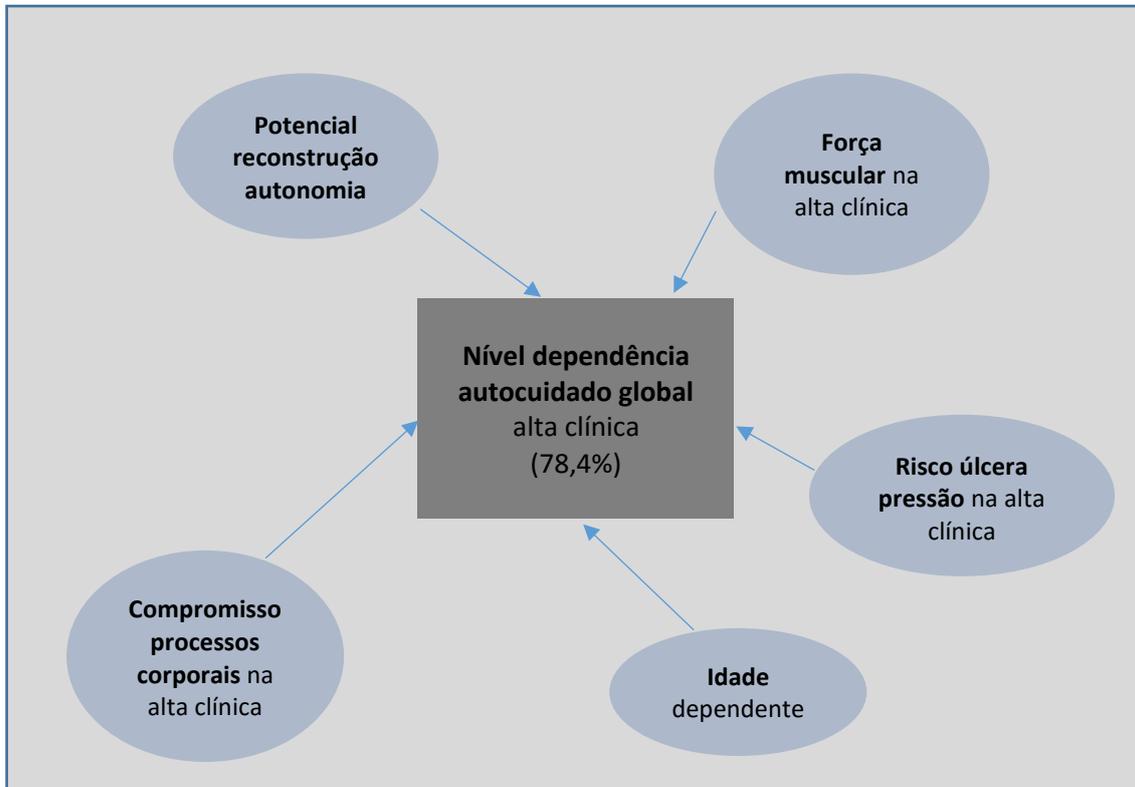


Figura 2 – Modelo explicativo do nível dependência no autocuidado global na alta clínica

3.6 Caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores (FC)

Na Tabela 4 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores (FC). No global, foram identificados 358 casos.

Ao analisarmos os dados, a maioria dos FC's é: sexo feminino (79,1%), casada (79,9%), cônjuge (28,6%) ou filha(o) (48,9%) dos familiares dependentes (FD), coabita com o FD's (76,3%), cuidador pela 1ª vez (72,3%), nacionalidade portuguesa (98,9%), 1º ciclo (56,4%), reformada (27,9%), doméstica (20,7%) ou desempregada (14,8%). A idade média é de 55,4 anos, no entanto, verifica-se um nº significativo de FC's com idade igual ou superior a 70 anos (17,3%) e igual ou superior a 80 anos (6%).

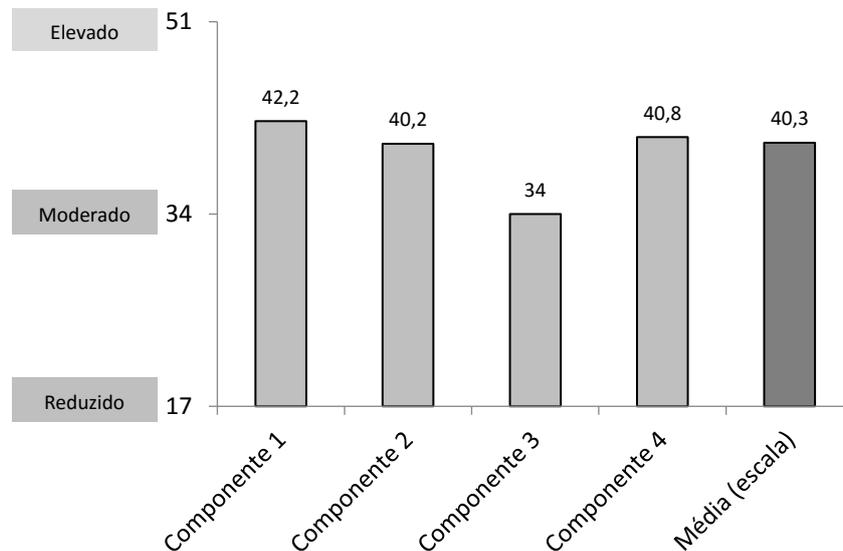
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos Familiares Cuidadores (N=358)

Caraterização Sociodemográfica Familiares Cuidadores (FC)		Nº	%
Sexo	Masculino	75	20,9
	Feminino	283	79,1
Estado civil	Casado/união de facto	286	79,9
	Solteiro	36	10,1
	Viúvo	20	5,6
	Divorciado	16	4,5
Idade (anos)	Média	55,4	
	Máximo	92	-
	Mínimo	21	-
	Desvio padrão	13,32	
	Igual ou superior a 65	88	24,6
	Igual ou superior a 70	62	17,3
Grau parentesco com familiar dependente	Igual ou superior a 80	21	6,0
	Cônjuge	102	28,6
	Pai/Mãe	9	2,5
	Filha (o)	175	48,9
	Irmã(o)	11	3,1
	Sobrinha(o)	13	3,6
	Neta(o)	8	2,2
	Nora/genro	17	4,7
	Cunhada(o)	3	0,8
Sem grau de parentesco	20	5,6	
Coabita com dependente	Sim	273	76,3
	Não	85	23,7
Cuidador 1ª vez	Sim	259	72,3
	Não	99	27,7
Nacionalidade	Portuguesa	354	98,9
	Não portuguesa	4	1,1
Nível escolaridade	Nenhum	30	8,4
	Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)	202	56,4
	Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)	59	16,5
	Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)	21	5,9
	Ensino secundário (11 ou 12 anos)	21	5,9
	Ensino superior	25	7,0
Profissão	Membros das forças armadas	1	0,3
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	5	1,4
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	9	2,5
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	8	2,2
	Pessoal administrativo e similares	12	3,4
	Pessoal dos serviços e vendedores	20	5,6
	Agricultores e trabalh qualif agricult e pesc	14	3,9
	Operários, artificies e trabalhadores similares	38	10,6
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	4	1,1
	Trabalhadores não qualificados	17	4,4
	Doméstico	74	20,7
	Desempregado	53	14,8
	Pensionista / Reformado	100	27,9
	Estudante	3	0,8

3.7 Potencial dos familiares cuidadores para tomar conta

O Gráfico 13 mostra os resultados após a aplicação da escala que avalia o potencial do familiar cuidador para tomar conta do familiar dependente. Foi aplicada em 358 casos no momento da alta clínica dos dependentes da RNCCI. Como referimos no capítulo da metodologia, esta escala engloba 4 componentes, as quais, no total, englobam 17 dimensões. No geral, os resultados revelam-se positivos, com um *score médio* de 40,3, portanto, um valor que se situa entre *potencial moderado* e *potencial elevado*. A componente que evidencia melhores resultados (Componente 1: *score* = 42,2) reporta a reportar aspetos de natureza psicológica e interação entre o FC e FD. (*e.g.* consciencialização, vontade, proatividade, envolvimento, perceção autoeficácia, perceção suporte informal, qualidade da relação entre FC e FD). Por outro lado, a componente que revela *score* mais baixo refere-se a aspetos relacionados com a perceção do FC sobre o suporte fornecido por parte da rede formal de cuidados de saúde e apoio social, bem como, a experiência anterior do FC para tomar conta do FD após alta clínica da RNCCI (Componente 3: *score* = 34).

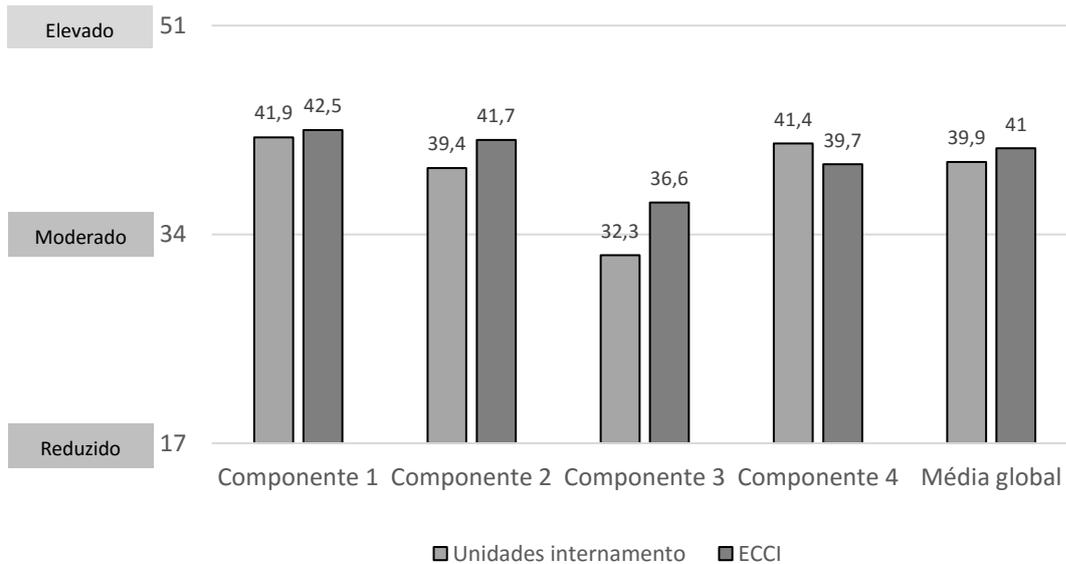
Gráfico 13 - Potencial dos Familiares Cuidadores para tomar conta, (N=358)



Quando comparamos os resultados da aplicação desta escala em 2 grupos independentes – 1) FC's de dependentes internados nas tipologias de internamento (UC's, UMDR e ULDM's; n=229) e, 2) FC's de dependentes acompanhados no contexto domiciliário (acompanhados por ECCI's; n=129) - verificamos que em todas as componentes da escala, estes - os FC's acompanhados por ECCI's - apresentam resultados mais positivos, o que podemos inferir que estão mais capacitados para tomar conta dos FD's (Gráfico 14). Entendemos relevante os resultados da

Componente 3 - aspetos relacionados com a perceção de suporte por parte da rede formal de cuidados de saúde e apoio social/experiência anterior do FC para tomar conta. É, pois, a componente que, por um lado, revela *scores* mais baixos e, por outro lado, aquela onde a diferença de *scores* quando comparamos os 2 grupos, é a mais significativa (diferença de 4,3 valores).

Gráfico 14 - Potencial dos Familiares Cuidadores para tomar conta: unidades internamento, (n=229) e ECCI's (n=129)



3.8 Caracterização sociodemográfica das famílias

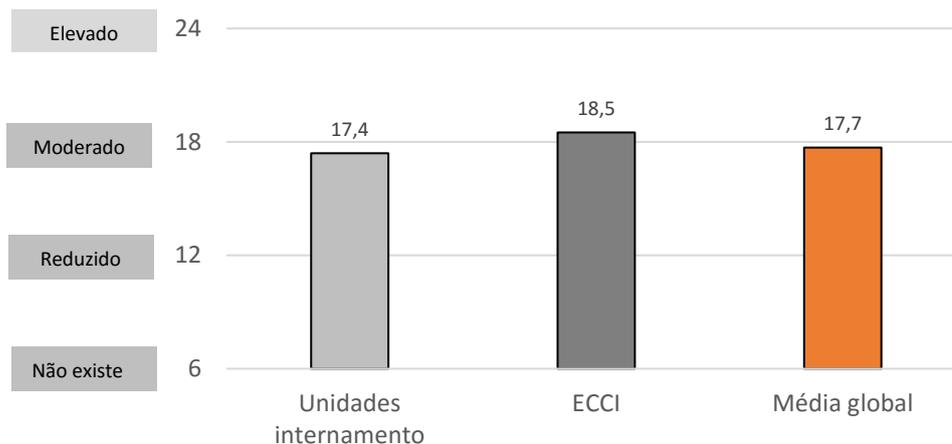
Neste estudo foi possível avaliar 594 agregados familiares, sendo na maioria constituídos por: 1 *núcleo* (58,4%) ou sem *núcleos* (34,5%); rendimentos económicos entre 500-1000€ (52%) ou 250-500€ (28,6%) e 87,2% habitam em moradias.

3.9 Potencial das famílias para tomar conta

O Gráfico 15 reporta os resultados da aplicação da escala relativa ao potencial da família para tomar conta, onde são avaliadas 6 dimensões. Foi aplicada no momento da alta clínica do dependente da RNCCI (N=594), apresentando um *score* de média global de 17,7 (entre *potencial reduzido* e *potencial moderado*). Há semelhança do gráfico anterior relativo ao potencial do FC para tomar conta, compara-se os resultados em 2 grupos independentes - 1) famílias de dependentes internados nas tipologias de internamento (UC's, UMDR e ULDM's; n=461) e, 2)

famílias de dependentes acompanhados no contexto domiciliário (acompanhados por ECCI's; n=133), com resultados semelhantes. As famílias de dependentes acompanhados por ECCI's demonstram resultados mais positivos, (entre *potencial moderado* e *potencial elevado*: score = 18,5) comparando com o grupo das famílias de dependentes internados nas tipologias de internamento (entre *potencial reduzido* e *potencial moderado*: score = 17,4); [t (592) = -2,98, p < .003].

Gráfico 15 - Potencial das famílias para tomar conta: unidades internamento (n=461) e ECCI's (n=133)

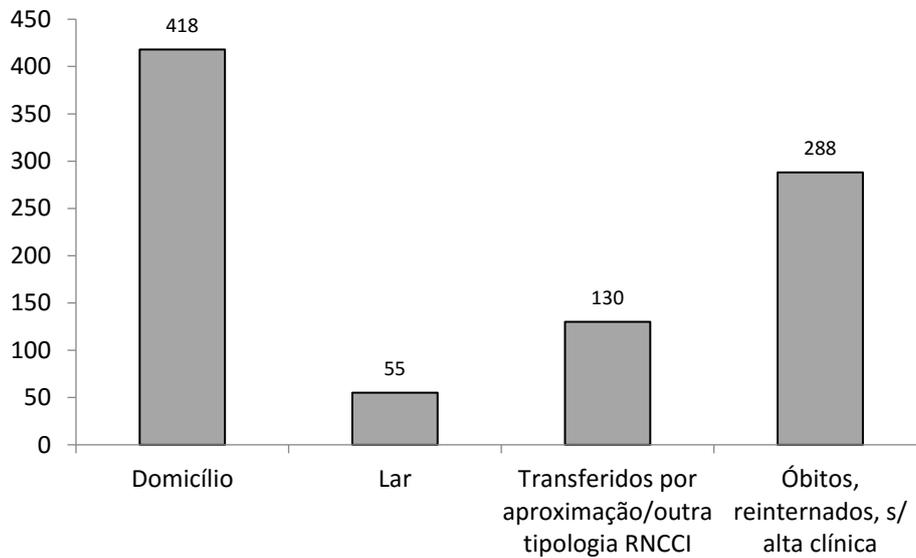


3.10 Destino dos dependentes após alta clínica da RNCCI

O Gráfico 16 mostra o destino dos 891 dependentes após o término da recolha de dados nos ambientes clínicos onde decorreu o estudo. Da sua análise, verificamos que 53,1% (n=473) do total dos casos tiveram alta clínica da RNCCI, dos quais, 46,9% (n=418) regressaram a casa e 6,2% (n=55) mantiveram-se ou foram institucionalizados em lares. Dos restantes 46,9% (n=418) que não tiveram alta clínica, 14,6% (n=130) foram transferidos para a mesma tipologia por aproximação à residência ou transferidos para outras tipologias de internamento e os restantes casos [32,3% (n=288)] faleceram, tiveram necessidade de recorrer à urgência hospitalar por agravamento da sua condição de saúde não regressando à RNCCI em tempo útil ou, por último, mantiveram-se internados na unidade/ECCI.

Numa análise centrada apenas nos casos com alta clínica da RNCCI (n=473), verificamos que destes, 88,4% (n=418) tiveram como destino o domicílio contra 11,6% (n=55) para respostas sociais (lares).

Gráfico 16 – Destino dos dependentes



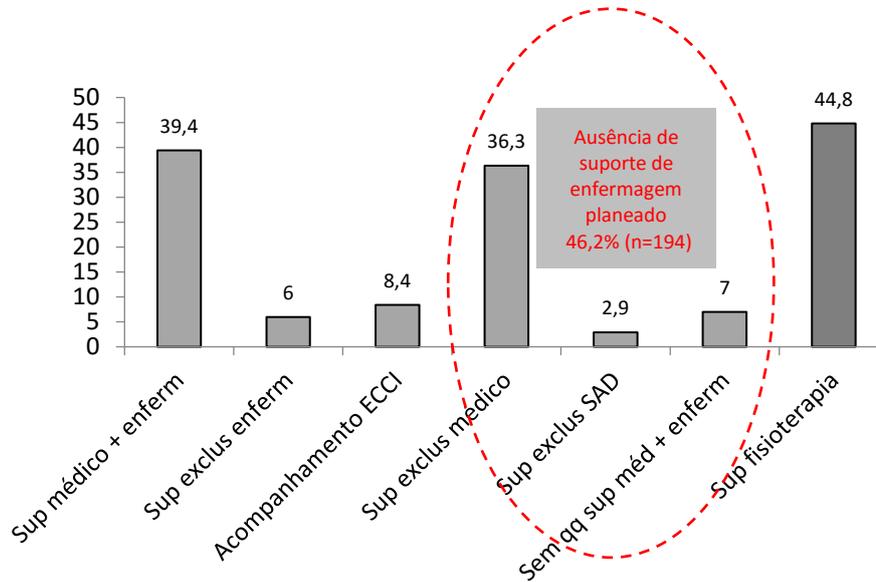
3.11 O suporte da rede formal disponível às famílias após a alta clínica dos dependentes

Como constatámos anteriormente, 418 casos regressaram a casa após a alta clínica da RNCCI. O Gráfico 17 mostra o apoio às famílias por parte da rede formal após o regresso a casa. Verificamos que, no global, 84,1% beneficiam de suporte médico, 53,8% têm apoio de enfermagem⁴, 44,8% com suporte de fisioterapia e 2,9% com ajuda de serviço de apoio ao domicílio (SAD).

O gráfico 17 permite igualmente observar que destes 418 casos que regressaram ao domicílio, 194 casos (46,2%) não usufruíram de qualquer apoio atempadamente planeado por parte dos enfermeiros, nomeadamente, das ECCI's e das USF's.

⁴ O suporte médico e de enfermagem pode ser disponibilizado por via de agendamento de consulta no centro de saúde (USF) ou no próprio domicílio do dependente ou, ainda, através da ECCI.

Gráfico 17 - Suporte formal após o regresso a casa (domicílio), N=418



Então, qual a condição de saúde destes 194 casos a quem não foi planeado no momento da alta clínica da RNCCI o suporte das equipas de enfermagem? Assim, verificámos que:

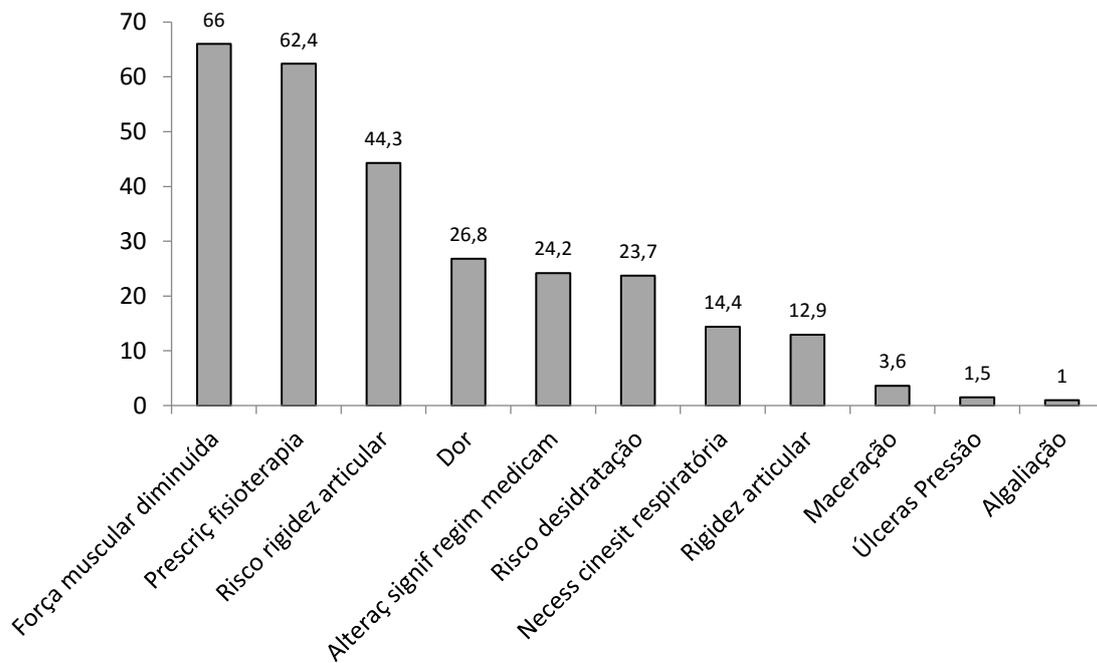
- 73 Casos (37,6%) foram avaliados como *independentes* (AC: score autocuidado AC=40);
- 39 Casos (20%) são «*grandes dependentes*» (acamados) para todos os domínios do autocuidado, excluindo o “alimentar-se”;
- 67,7% (n=63) dos 93 familiares cuidadores identificados exercem o papel de *cuidadores pela 1ª vez*;
- Os principais *diagnósticos médicos* (ICD-9) identificados no momento da admissão na RNCCI foram:
 - #Colo fémur/#Fémur/Artropatias/Osteoartrose (42,8%)
 - AVC (24,7%)
 - Pneumonia (9,8%)
 - ...

Ainda relativamente a estes - os 194 casos que não usufruíram de qualquer apoio atempadamente planeado por parte dos enfermeiros - o Gráfico 18 permite-nos analisar com

detalhe a percentagem de casos com compromisso nos processos corporais, bem como o suporte em fisioterapia e as alterações substantivas no regime medicamentoso.

Verificamos que estes casos a quem não foi planeado qualquer suporte de enfermagem no momento da alta clínica (quer consulta no centro saúde, quer visita domiciliária), a maioria apresenta diminuição da força muscular (66%); 44,3% risco de rigidez articular e 12,9% já com sinais evidentes de rigidez articular; 14,4% com necessidade de cinesiterapia respiratória; 23,7% com risco de desidratação; 26,8% com algum grau de dor e 1,5% com úlceras de pressão. Verifica-se, ainda, que cerca de ¼ destes casos (24,2%) sofreram alterações significativas no regime medicamentoso em comparação com a prescrição anterior ao evento crítico que gerou a referenciação para a RNCCI. Por último, realça-se o facto de na maioria destes casos ter sido planeado suporte de fisioterapia para reabilitação motora (62,4%).

Gráfico 18 – Percentagem de casos com compromisso nos processos corporais



3.12 Correlações entre as principais variáveis do estudo

Em subcapítulos anteriores, sempre que entendemos adequado, fomos apresentando testes de análise estatística inferencial entre as principais variáveis do estudo - testes de diferenças em contexto de *design inter-sujeitos* [Test T (*t*) e Análise de Variância (ANOVA, *F*)] e *design intra-sujeitos* [Test T para amostras emparelhadas (*t*)].

Neste subcapítulo iremos apresentar os resultados dos testes de associação possíveis de encontrar entre as principais variáveis do estudo (estatisticamente significativos), quer no momento da admissão do dependente na RNCCI, quer no momento da alta clínica. Deste modo, em função da natureza das variáveis, recorreremos a 2 testes estatísticos: *Coefficiente de correlação de Pearson (r)* e *Coefficiente de correlação de Spearman (r_s)*. Nas próximas linhas apresentamos os resultados destes testes.

1) As pessoas mais dependentes no autocuidado no momento da admissão na RNCCI:

- Idade mais avançada ($r = -,289, p < ,001$)
- Menor potencial reconstrução autonomia na admissão na RNCCI ($r = ,755, p < ,001$)
- Mais tempo de dependência anterior à admissão na RNCCI ($r = -,150, p < ,001$)
- Maior nº dias internamento na RNCCI ($r = -,269, p < ,001$)
- Mais episódios de agudização na RNCCI com necessidade de recorrer à urgência hospitalar ($r = -,159, p < ,001$)
- Maior risco úlcera de pressão (esc *Braden*) na admissão na RNCCI ($r = ,687, p < ,001$)
- Maior nº úlceras pressão na admissão na RNCCI ($r = -,251, p < ,001$)
- Menos dor na admissão na RNCCI (escala) ($r = ,100, p = ,003$)
- Menor risco queda na admissão na RNCCI ($r = ,225, p < ,001$)
- Menos força muscular global na admissão na RNCCI ($r = ,627, p < ,001$)
- Maior compromisso nos processos corporais na admissão na RNCCI ($r = ,683, p < ,001$)

2) As pessoas mais dependentes no autocuidado no momento da alta clínica da RNCCI:

- Idade mais avançada ($r = -,312, p < ,001$)
- Menor potencial reconstrução autonomia na admissão na RNCCI ($r = ,709, p < ,001$)
- Mais tempo de dependência anterior à admissão na RNCCI ($r = -,198, p < ,001$)
- Maior nº dias internamento na RNCCI ($r = -,326, p < ,001$)
- Mais episódios de agudização na RNCCI com necessidade de recorrer à urgência hospitalar ($r = -,150, p < ,001$)

- Maior risco úlcera de pressão (esc *Braden*) na alta clínica da RNCCI ($r = ,773, p < ,001$)
- Maior nº úlceras pressão na alta clínica da RNCCI ($r = -,274, p < ,001$)
- Menos força muscular global na alta clínica da RNCCI ($r = ,742, p < ,001$)
- Maior compromisso nos processos corporais na alta clínica da RNCCI ($r = ,808, p < ,001$)
- Maior complexidade regime medicamentoso na alta clínica da RNCCI ($r = ,182, p < ,001$)
- Maior consumo de nº fármacos/dia ($r = -,228, p < ,001$) e maior variedade de fármacos na alta clínica ($r = -,207, p < ,001$)

3) **Evolução mais positiva no autocuidado durante o internamento na RNCCI:**

- Maior potencial reconstrução autonomia na admissão na RNCCI ($r_s = ,341, p < ,001$)
- Menos tempo de dependência anterior à admissão na RNCCI ($r_s = -,251, p < ,001$)

4) **Maior potencial do Familiar cuidador para tomar conta do familiar dependente:**

- Familiar cuidador mais jovem ($r = -,234, p < ,001$)
- Maior potencial de reconstrução de autonomia na admissão na RNCCI ($r = ,109, p = ,039$)
- Maior potencial da família para tomar conta ($r = ,655, p < ,001$)

5) **Maiores rendimentos económicos dos agregados familiares:**

- Maior potencial da família para tomar conta ($r_s = ,508, p < ,001$)
- Maior potencial do familiar cuidador para tomar conta ($r_s = ,201, p < ,001$)

3.13 Principais sínteses do estudo

Apresentamos um conjunto de sínteses que entendemos como mais relevantes no contexto dos resultados deste estudo.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos dependentes:

- A população é envelhecida, com destaque para a maioria dos dependentes com idade igual ou superior a 80 anos.
- A maioria dos dependentes é casada ou viúva.
- A maioria dos dependentes é do sexo feminino («feminização» do envelhecimento)
- A grande maioria dos dependentes tem baixo nível de escolaridade, com 1º ciclo ou mesmo analfabetos.
- A maioria dos dependentes é pensionista/reformada.
- A maioria dos dependentes tem baixos recursos económicos.

No que diz respeito à condição de saúde dos dependentes e sua evolução durante o acompanhamento na RNCCI:

- Parte substantiva dos dependentes teve como origem da dependência a doença aguda e de instalação súbita.
- A maioria já é dependente antes da admissão na RNCCI, sobretudo aqueles que foram acompanhados pelas ULDM`s e ECCI`s
- A maioria dos dependentes é referenciada pelas EGA`s.
- O AVC foi o diagnóstico médico (ICD-9) mais diagnosticado e a principal causa da referenciação para a RNCCI, seguindo-se a pneumonia.
- No global, há um compromisso acentuado nos processos corporais no momento da admissão, verificando-se uma evolução positiva durante o episódio de acompanhamento em todas as tipologias da RNCCI. Os dependentes internados nas ULDM`s são os que apresentam maior compromisso e com evolução menos positiva. Os dependentes internados nas UC`s são os que apresentam menor compromisso e com evolução mais positiva. Resultados esperados face aos critérios de referenciação para a RNCCI.

- A taxa de prevalência de úlceras de pressão nas diferentes tipologias de cuidados é ainda significativa. Por ordem decrescente é mais acentuada nas ULDM`s, ECCI`s, UMDR e UC`s. Resultados igualmente expectáveis face aos critérios de referência para a RNCCI. A localização anatómica das úlceras de pressão é mais prevalente na região sacrococcígea e menos prevalente na região occipital. A maioria dos dependentes com admissão e alta clínica da RNCCI foi admitida sem quaisquer úlceras de pressão e não veio a adquiri-las durante o acompanhamento nesta estrutura de cuidados.
- No global, há um nível de dependência no autocuidado acentuado no momento da admissão, verificando-se uma evolução positiva durante o episódio de acompanhamento em todas as tipologias da RNCCI. Os dependentes internados nas ULDM`s são aqueles com menor potencial de reconstrução de autonomia, mais dependentes e com evolução menos positiva. Os dependentes internados nas UC`s são aqueles com maior potencial de reconstrução de autonomia, menos dependentes e com evolução mais positiva. Mais uma vez, estamos perante resultados esperados face aos critérios de referência para a RNCCI.
- No global, a grande maioria dos dependentes melhoram a sua condição de saúde relativamente ao compromisso nos processos corporais e ao nível de dependência no autocuidado, durante o tempo de acompanhamento em todas as tipologias da RNCCI.
- A maioria das pessoas é «*grande dependente*» (acamada) no momento de admissão na RNCCI, com especial enfoque para as pessoas acompanhadas pelas ULDM`s e ECCI`s. No entanto, no global, verifica-se uma evolução positiva no nível de dependência neste grupo durante o acompanhamento na RNCCI, o que nos parece muito relevante.
- As pessoas cuja condição de saúde foi avaliada como independentes antes do evento crítico gerador da sua dependência, são menos dependentes no momento da admissão e no momento da alta clínica da RNCCI, bem como, têm uma evolução mais positiva, quando comparamos com o grupo de pessoas já dependentes antes do evento crítico gerador da sua dependência
- A variação da dependência no autocuidado está substantivamente associada ao potencial de reconstrução de autonomia, força muscular global, risco de úlcera de pressão, compromisso nos processos corporais e idade do dependente.

Em relação à caracterização sociodemográfica dos familiares cuidadores:

- A maioria dos FC's é do sexo feminino, casada, cônjuge ou filha(o) dos familiares dependentes, 1º ciclo, reformada, doméstica ou desempregada.
- A maioria dos FC's coabita com os FD's, cuidadora pela 1ª vez.
- A idade média dos FC's é de 55,4 anos, no entanto, verifica-se um nº significativo de FC's com idade igual ou superior a 70 anos e igual ou superior a 80 anos.

No que diz respeito ao potencial dos familiares cuidadores para tomar conta do familiar dependente no momento da alta clínica da RNCCI:

- No global, os FC's mostram-se capacitados para tomar conta do familiar dependente. No entanto, é nos aspetos psicológicos e qualidade da relação entre FC e FD que revela resultados mais positivos. Em paralelo, os resultados menos positivos estão associados a aspetos como a perceção do FC sobre o suporte por parte da rede formal de cuidados de saúde e apoio social, bem como, a experiência anterior do FC para tomar conta do FD após alta clínica da RNCCI.
- Os FC's acompanhados no domicílio, pelas ECCI's, demonstram maior capacitação para o (complexo) processo de cuidar com que são desafiados comparativamente aos FC's dos dependentes acompanhados pelas tipologias de internamento, sendo os aspetos relacionados com a perceção de suporte por parte da rede formal e apoio social, bem como, a experiência anterior do FC para tomar conta, aqueles em que a diferença entre os 2 grupos é mais significativa. Este dado parece-nos conter matéria de reflexão desafiante para os profissionais de saúde.

Em relação à caracterização sociodemográfica das famílias:

- A maioria é constituída por 1 núcleo ou sem núcleos, rendimentos económicos entre 500-1000€ ou 250-500€ e habitam em moradias.

No que diz respeito ao potencial das famílias para integrar o dependente após a alta clínica da RNCCI:

- No global, as famílias mostram-se medianamente capacitadas para tomar conta dos familiares dependentes. No entanto, as famílias dos dependentes acompanhados por ECCI's demonstram estar mais capacitadas para tomar conta comparando com o grupo

das famílias dos dependentes internados nas tipologias de internamento. Há semelhança dos resultados verificados em relação ao potencial dos FC para tomar conta nestes 2 grupos, estamos perante um resultado que nos parece conter matéria de reflexão desafiante para os profissionais de saúde.

Em relação ao destino dos dependentes após alta clínica da RNCCI:

- A grande maioria dos dependentes com alta clínica regressa a casa. Uma percentagem muito discreta teve como destino as respostas sociais (lares). Confirma a evidência científica produzida a nível nacional. Apesar de todas as dificuldades com que se deparam as famílias, o regresso a casa é o destino preferencial pela maioria. Como já o referimos, mas gostaríamos de reforçar, o destino, mais do que o local físico onde é “depositado” o dependente após a transferência/alta clínica da RNCCI, no contexto deste estudo, deve ser interpretado como um recurso determinante (facilitador ou condicionante) das transições saudáveis das famílias que integram dependentes.

Quanto ao apoio da rede formal às famílias após a alta clínica dos dependentes:

- No global, a maioria beneficia de suporte médico e de enfermagem planeado. Uma parte significativa tem apoio de fisioterapia e uma percentagem muito baixa tem ajuda de serviço de apoio ao domicílio (SAD).
- No entanto, quase metade dos dependentes que regressam a casa, as respetivas famílias não usufruíram de qualquer apoio de enfermagem atempadamente planeado no momento da alta clínica da RNCCI. Vejamos. Uma parte significativa destes dependentes, no momento da alta clínica da RNCCI, apresenta compromisso nos processos corporais; são «*grandes dependentes*» (acamados) para todos os domínios do autocuidado, excluindo o “alimentar-se”; os FC’s exercem o papel de cuidadores pela 1ª vez e alterações substantivas no regime medicamentoso. Voltamos a estar perante resultados merecedores de reflexão por parte dos profissionais de saúde e, diríamos, em concreto, por parte dos enfermeiros, uma vez que parte significativa das necessidades destes dependentes são do âmbito da decisão clínica deste grupo profissional.

Da associação entre as principais variáveis do estudo:

- Este estudo mostra-nos que as pessoas mais dependentes no autocuidado são aquelas cuja idade é mais avançada, apresentam maior compromisso nos processos corporais, menor potencial reconstrução autonomia, mais tempo de dependência, maior nº dias internamento na RNCCI, mais episódios de agudização na RNCCI com necessidade de recorrer à urgência hospitalar, maior complexidade do regime medicamentoso, maior consumo de nº fármacos/dia e maior variedade de fármacos.
- Concluimos, também, que os dependentes com evolução mais positiva no autocuidado durante o episódio de acompanhamento na RNCCI são os que revelam maior potencial de reconstrução de autonomia e menos tempo de dependência.
- Quanto aos familiares cuidadores, a presente investigação mostra-nos que os mais jovens são aqueles que revelam maior potencial para tomar conta do familiar dependente, os que cuidam de dependentes com maior potencial de reconstrução de autonomia e aqueles cujas famílias revelam maior potencial para integrar o membro dependente.
- Por fim, as famílias com mais rendimentos económicos são as que revelam maior potencial para integrar o familiar dependente e, também, aquelas em que o familiar cuidador revela maior potencial para cuidar do familiar dependente.

4. CONCLUSÕES

- Este estudo permite-nos afirmar claramente que, apesar do padrão de dependência e sua evolução manifestar-se de forma diferente entre as diferentes tipologias de cuidados, há **ganhos efetivos na condição de saúde dos dependentes** com o acompanhamento destes por parte da RNCCI.
- Este estudo permite-nos inferir que há um **tempo útil para promover maior independência/autonomia** após um evento gerador de dependência... aspeto crucial para a definição e implementação de modelos de intervenção com efetividade.
- Este estudo permite-nos afirmar que o **regresso ao domicílio** por parte da grande maioria dos dependentes é um dado muito relevante e vai de encontro à vontade manifestada por parte da maioria das famílias portuguesas. Significa, pois, que apesar de todas as dificuldades expectáveis com a integração dos dependentes no contexto familiar, **a decisão em manter os dependentes no seio familiar** continua a ser a **1ª opção** (voluntária) para as famílias. Este é um aspeto igualmente importante para a definição e implementação de modelos de intervenção de proximidade com as famílias.
- Contudo, embora estejamos na presença de resultados positivos, parece-nos haver necessidade de uma **melhor sistematização no planeamento e continuidade de cuidados** após o regresso a casa, uma vez que este estudo revela existir um nº significativo de dependentes, com especial relevância para os «*grandes dependentes*» e respetivos familiares cuidadores, a quem **não foi planeado suporte de enfermagem** no momento da alta clínica da RNCCI. Significa, pois, que **não ficou evidente a garantia de uma supervisão, acompanhamento e intervenção sistematizada - EM TEMPO ÚTIL** - por parte dos enfermeiros após o regresso a casa num grupo de grande vulnerabilidade com necessidade de respostas efetivas em cuidados de enfermagem. Daí, será pertinente colocar a seguinte questão: **o que aconteceu** a estas famílias (nomeadamente, aos seus dependentes e respetivos familiares cuidadores) do ponto de vista da **evolução da sua condição de saúde** após a alta clínica da RNCCI?!... não sabemos, mas gostaríamos de saber...
- Este estudo leva-nos a refletir sobre a necessidade de **melhor acompanhamento e avaliação** dos dependentes em relação às dimensões associadas ao **potencial de**

reconstrução de autonomia. Igualmente, a necessidade de **melhor acompanhamento e avaliação dos FC e famílias** em relação às dimensões associadas à **capacidade para exercerem o papel de cuidadores**, bem como, para **integrarem os familiares dependentes no regresso a casa.**

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2010). Codificação dos GDH. *On-line* <http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/>.
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (2014). Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2014.
- Costa, Andreia (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- ICN (2011) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2.0 (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos de 2011: principais indicadores*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic
- Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 101/06 – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de junho de 2006, pp.3856-3865.
- Gonçalves, Paulo (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Relatório de Primavera 2015. Disponível em: <http://www.opss.pt/node/485>;
- Petronilho, Fernando (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem, submetida à Universidade de Lisboa.

6. COMUNICAÇÕES EM CONGRESSOS E PUBLICAÇÕES RELACIONADAS COM O ESTUDO

Comunicações

1. ***Evolution of the dependentes hospitalized in convalescence units.*** 2º Congresso Mundial de Investigação em Saúde, 7 e 8 outubro 2014, Viseu.
2. ***Profile of dependentes integrated continuous care teams: an exploratory study.*** 2º Congresso Mundial de Investigação em Saúde, 7 e 8 outubro 2014, Viseu.
3. ***Perfil de saúde dos dependentes e famílias integrados na Área de abrangência da ECL do ACES Alto Ave: um estudo exploratório.*** Seminário de Cuidados Domiciliários e Continuados, 23 e 24 janeiro 2015, Lisboa
4. ***Condição de saúde dos dependentes: estudo exploratório numa unidade de média duração e Reabilitação.*** II Conferência Internacional de Investigação em saúde, 19 a 21 fevereiro 2015, Oliveira de Azeméis.
5. ***Caraterização dos Dependentes Internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção.*** II Conferência Internacional de Investigação em saúde, 19 a 21 fevereiro 2015, Oliveira de Azeméis.
6. ***Caraterização dos familiares cuidadores e das famílias que integram dependentes acompanhados por equipas de cuidados continuados integrados.*** I Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária, 14 e 15 maio 2015, Coimbra.
7. ***Evolução da condição de saúde dos dependentes acompanhados por equipas de Cuidados Continuados Integrados.*** I Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária, 14 e 15 maio 2015, Coimbra.
8. ***Necessidades em Cuidados de Enfermagem dos Dependentes Admitidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.*** 2º Congresso Insular de Enfermagem Madeira-Açores, 22 a 24 abril 2015 (1º prémio das comunicações)
9. ***Evolução da Condição de Saúde dos Dependentes e Famílias Acompanhados por ECCL.*** I Conferência Núcleo de Enfermagem de Reabilitação ACES Douro Norte, 16 maio 2015, Peso da Régua.
10. ***Dependentes com AVC: evolução da sua condição de saúde durante o acompanhamento na RNCCI.*** Comemorações do Dia Mundial do Doente com AVC, 29 outubro 2015, Braga.

11. **Ganhos em Saúde em Dependentes com AVC Admitidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.** II Congresso Internacional em Enfermagem de Reabilitação, 10 a 12 março 2016, Coimbra.
12. **Perfil dos Dependentes e Famílias Acompanhadas pelos Prestadores de Cuidados da RNCCI da Área de Abrangência da ECL do ACES Alto Ave.** II Jornadas dos Prestadores de Cuidados Continuados Integrados do Alto Ave, 25 maio 2016, Guimarães.
13. **Potencial de Reconstrução de Autonomia e Potencial do Familiar Cuidador para Tomar Conta.** Congresso de Enfermagem de reabilitação (10 anos Reabilidades), 2 e 3 junho 2016, Porto.

Publicações

1. Petronilho, F.; Costa, R.; Lima, S.; Coutinho, C.; Lage, M.; & Magalhães, A. (2014). Evolution of the dependents hospitalized in convalescence units. *Atención Primaria*, 46(Espec Cong 1), 42-42
2. Petronilho, F.; Vieira de Castro, P.; Coelho, T.; Cardoso, M.; Gomes, F.; & Magalhães, A. (2014). Profile of dependents integrated continuous care teams: an exploratory study. *Atención Primaria*, 46(Espec Cong 1), 42-42
3. Petronilho, F., Oliveira, J., Moreira, S., Pereira, C. & Magalhães, A. (2015). Condição de saúde dos dependentes: estudo exploratório numa unidade de média duração e Reabilitação. *Evidências (I Suplemento)*, fevereiro 2015, p. 9.
4. Petronilho, F., Oliveira, J., Pereira, V., Carvalho, D. & Pereira, C. (2015). Caracterização dos Dependentes Internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção. *Evidências (I Suplemento)*, fevereiro 2015, p. 44.
5. Petronilho, F., Carvalho, E., Coelho, T., Cardoso, M., Sousa, G. & Pereira, C. (2015). Caracterização dos familiares cuidadores e das famílias que integram dependentes acompanhados por equipas de cuidados continuados integrados. I Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária. *Revista Científica da Unidade de Investigação das Ciências da Saúde: Enfermagem (Suplemento ao Nº 3 Série 4)*, p. 31.
6. Petronilho, F., Pinto, A., Barbosa, H., Marinho, E., Maçaira, A. & Magalhães, A. (2015). Evolução da condição de saúde dos dependentes acompanhados por equipas de Cuidados Continuados Integrados. I Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária. *Revista Científica da Unidade de Investigação das Ciências da Saúde: Enfermagem (Suplemento ao Nº 3 Série 4)*, p. 34.

7. Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A. (2015). Necessidades em Cuidados de Enfermagem dos Dependentes Admitidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Nº 49, julho 2015; p. 25. (1º prémio das comunicações)
8. Petronilho, F., Oliveira, J., Lima, S., Costa, R., Ramos, F. & Lage, M. (2016). Ganhos em Saúde em Dependentes com AVC Admitidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. II Congresso Internacional em Enfermagem de Reabilitação. *Revista Científica da Unidade de Investigação das Ciências da Saúde: Enfermagem*.

Simpósio submetido e aceite para o 3º Congresso Mundial de Investigação em Saúde a realizar a 29 e 30 setembro 2016, Viseu, com publicação na Revista *Atención Primaria*

Coordenador do Simpósio: Fernando Petronilho

Título do Simpósio (com 5 comunicações):

National Network of Integrated Continuous Care: evolution of the dependents health profile.

Títulos das Comunicações do Simpósio/Publicações:

1. Pereira, C., Guimarães, J., Oliveira, M., Pereira, V., Ramos, F., Petronilho, F. (2016). Dependents admitted to LTMU and ICCT: a comparative study on health condition evolution. *Atención Primaria...*
2. Costa, R., Matos, I., Coelho, T., Lima, S., Ramos, F., Petronilho, F. (2016). Pessoas dependentes internadas em UC e UMDR: estudo comparativo sobre a evolução da condição de saúde. *Atención Primaria...*
3. Carvalho, D., Cardoso, M., Oliveira, M., Ribeiro, S., Gomes, F., Petronilho, F. (2016). Familiares cuidadores acompanhados pela RNCCI: potencial para tomar conta. *Atención Primaria...*
4. Oliveira, J., Castro, R., Maçaira, A., Junco, C., Sousa, G., Petronilho, F. (2016). Suporte formal após alta da RNCCI. *Atención Primaria...*
5. Petronilho, F., Pereira, C., Oliveira, J., Costa, R., Ramos, F., Carvalho, D. (2016). Ganhos em saúde promovidos pela RNCCI: uma visão global e integradora. *Atención Primaria...*