



Ana Filipa Lopes Carvalho

Internamento na Rede de Cuidados Continuados e o destino pós alta: importância da capacidade funcional do utente e as dificuldades do cuidador/família

Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

JUNHO, 2016





**FMUC FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Ana Filipa Lopes Carvalho

**Internamento na Rede de Cuidados
Continuados e o destino pós alta:
importância da capacidade funcional do
utente e as dificuldades do
cuidador/família**

**Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, apresentada à Faculdade de Medicina de
Coimbra para obtenção do grau de Mestre**

Orientador: Professor Doutor João Páscoa Pinheiro

Coorientador: Doutor João Paulo Branco

JUNHO, 2016

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor João Páscoa Pinheiro pela oportunidade e privilégio de me ter prestado todo o apoio na orientação desta dissertação, bem como pela clareza e pertinência das revisões e incentivo a esta investigação.

Ao Doutor João Paulo Branco, expreso o meu profundo agradecimento pela preciosa orientação e apoio incondicionais, pela partilha de conhecimentos, pela estimulação constante que me fizeram desejar querer, sempre, saber mais e fazer melhor durante todo o percurso de realização deste trabalho.

À Doutora Marisa Loureiro pela disponibilidade, colaboração, conhecimentos transmitidos e capacidade de estímulo ao longo deste trabalho.

Ao Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento por me ter autorizado e disponibilizado o seu espaço e os utentes da instituição que permitiram construir a amostra clínica.

Aos meus colegas de trabalho por todo apoio e colaboração, cada um dentro dos seus conhecimentos e áreas profissionais.

A todos os utentes e familiares/cuidadores que aceitaram colaborar no estudo e que disponibilizaram o seu tempo, contribuindo para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

Às minhas amigas e colegas de mestrado Carolina Rocha, Daniela Silva e Marisa Marques por todo o carinho, companheirismo, apoio e incentivo que me deram para o término desta etapa.

À minha família, por me ter apoiado incansavelmente, por me incentivarem perante os desafios a dar o meu melhor, por todos os valores e conhecimentos transmitidos e por todo o carinho que, constantemente, me ofereceram.

RESUMO

Numa sociedade cada vez mais envelhecida o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes emerge como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países desenvolvidos. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), resulta como resposta a esse problema, com o objetivo de promover a continuidade de cuidados de forma integrada, com um trabalho em equipa envolvendo os utentes e os cuidadores, respeitando sempre as suas necessidades e expectativas. A prestação de cuidados de fisioterapia em CC tem como objetivo principal atingir a máxima capacidade funcional para cada utente, de forma a permitir que este adquira a capacidade de regresso ao seu domicílio. Para isso é fundamental a avaliação da capacidade funcional e a avaliação das dificuldades sentidas pelos cuidadores, para, se necessário, adaptar as intervenções e estratégias de forma a tornar possível alcançar os objetivos. **Objetivo:** Conhecer e analisar os fatores que estão envolvidos na decisão do destino de alta, analisando se níveis de capacidade funcional e de dificuldades no ato de cuidar, conduzem a locais de destino de alta diferentes. **Metodologia:** Para a sua realização escolhemos um tipo de estudo quantitativo de tipo descritivo exploratório e correlacional, com a amostra consecutiva de 60 utentes e respetivos cuidadores da UC da SCME, sendo que foram excluídos 10 por terem sido transferidos para outras unidades hospitalares por agudização da situação clínica. Como tal, a análise baseia-se em 50 utentes e respetivos cuidadores. Foi aplicado pela investigadora no momento de admissão do utente o questionário geral, onde constam os dados sociodemográficos do utente e do cuidador, e ainda dados clínicos do utente e de contexto da prestação de cuidados. Foi avaliada a capacidade funcional dos utentes com a MIF nas primeiras 48 horas após admissão destes, a meio do internamento (após 15 dias) e no dia da alta. Foram ainda avaliadas as dificuldades dos cuidadores com o CADI nas primeiras 48 horas de admissão do utente e no dia da alta.

Resultados: - Os utentes do foro neurológico e de outro foro apresentam uma dependência funcional moderada e os do foro músculo-esquelético apresentam independência completa/modificada na admissão. No momento de alta a maioria dos utentes, independentemente da patologia, apresentam independência completa/modificada. Sendo que o período onde se verifica a maior evolução funcional é nos primeiros 15 dias de internamento. - Os cuidadores identificam um maior número de dificuldades associadas ao

ato de cuidar no momento da admissão comparativamente com o da alta do utente. Sendo os cuidadores profissionalmente ativos, com idade inferior a 60 anos, com familiares com dependência moderada que identificam um maior número de dificuldades, em que as mais referidas são as associadas a “Reações à prestação de cuidados”, “Exigências de ordem física na prestação de cuidados”, “Restrições na vida social” e “Problemas financeiros”. - Há diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes consoante o destino de alta, isto é, quanto maior a capacidade funcional maior a probabilidade de o utente regressar ao domicílio com ou sem suporte social. – Há diferenças significativas na identificação de dificuldades no ato de cuidar, referidas pelos cuidadores consoante o destino de alta, ou seja, à medida que os valores da CADI total vão aumentando o destino de alta varia de domicílio sem suporte, para domicílio com suporte e institucionalização. **Conclusões:** Os resultados demonstram que não podemos afirmar que a capacidade funcional é perentória perante as dificuldades dos cuidadores, nem vice-versa, uma vez que o que se verifica é que quando uma aumenta a outra diminui, ou seja, quanto maior a capacidade funcional do utente menores são as dificuldades referidas pelos cuidadores. Logo, o destino de alta é influenciado pelas duas variáveis de igual forma.

Palavras Chave: Capacidade funcional, Dificuldades dos cuidadores, Destino de alta, RNCCI, Intervenção fisioterapeuta

ABSTRACT

In an increasingly aging society increasing need to support dependent older people emerges as a priority issue in social, health and economic developed countries. The creation of RNCCI results in response to this problem, in order to promote continuity of care in an integrated manner, with a teamwork involving users and carers, always respecting their needs and expectations. The provision of CC in physiotherapy care aims to achieve maximum functional capacity for each user in order to enable it to acquire the ability to return to his home. It is vital to evaluate the functional capacity and assessing the difficulties faced by caregivers, for, if necessary, adapt the interventions and strategies in order to make possible to achieve the goals. Objective: Understand and analyze the factors that are involved in the decision of the high target, analyzing whether different values of functional capacity and difficulties in caring, leading to high different target locations. Methodology: For its realization we choose a type of quantitative study of exploratory descriptive and correlational with a consecutive sample of 60 patients and their respective caregivers of UC SCME, and 10 were excluded because they were transferred to other hospitals. As such, the analysis is based on 50 users and respective caregivers. The general questionnaire which contains the sociodemographic data of the user and the caregiver, and even clinical data of the patient and the context of care was completed. Of users functional capacity was assessed with the MIF in the first 48 hours after admission of the user, the middle of the hospital (after 15 days) and the day of discharge. There were also evaluated the difficulties caregivers with CADI in the first 48 hours of the user admission and on discharge. Results: • Users of neurological and other disorders have a moderate functional dependence and musculoskeletal disorders have complete independence / modified on admission. At the time of high most users, regardless of pathology, have complete independence / modified. Since the period where there is the greatest functional evolution is within the first 15 days of hospitalization. • Caregivers identify a greater number of difficulties associated with the act of care on admission compared with the discharge from the wearer. Being active caregivers professionally under the age of 60 years, with families with moderate dependence that identify a greater number of difficulties, the most mentioned are associated with "Reactions to care", "physical order requirements in providing care "," restrictions on social life "and" financial problems ". • There are significant differences in functionality of users according to the high target, i.e., the higher the functionality of the probability that the user return to

the household with or without social support. • There are significant differences in functional capacity of users according to the high target, i.e., the higher the functionality of the probability that the user return to the household with or without social support. - There are significant differences in the identification of difficulties in caring, reported by caregivers as the high target, that is, as the total CADI values are increasing the high target ranges of unsupported home to home with support and institutionalization. Conclusions: The results show that we can not say that the feature is perentória with the difficulties of caregivers, or vice versa, since what is found is that when one increases the other decreases, ie, the higher the wearer functional capacity smaller are the difficulties reported by caregivers. Therefore, the high destination is influenced by two variables equally.

Keywords: Functional capacity, Difficulties caregivers, High destination, RNCCI, Physical therapist intervention

SIGLAS, ABREVIATURAS E SIMBOLOS

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DGS – Direção Geral de Saúde

CC – Cuidados Continuados

UC – Unidade de Convalescença

APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

MIF – Medida de Independência Funcional

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores

SCME – Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

HSJB – Hospital São João Batista

AIQ – Amplitude inter quartil

\bar{X} – Mediana

X^2 – Qui quadrado

p - Significância

% - Percentagem

N - Número

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Potenciais dificuldades da escala de dificuldades (CADI)</i>	21
Tabela 2 - <i>Caraterização sociodemográfica: cuidadores</i>	26
Tabela 3 - <i>Caraterização sociodemográfica: utentes</i>	29
Tabela 4 – <i>Consistência interna: CADI</i>	30
Tabela 5 – <i>Consistência interna: MIF</i>	31
Tabela 6 – <i>Grau de independência funcional conforme a patologia</i>	34
Tabela 7 – <i>Grau de independência funcional motora e cognitiva conforme a patologia</i>	34
Tabela 8 – <i>Avaliação da CADI momento de admissão do utente</i>	36
Tabela 9 – <i>Avaliação da CADI na alta</i>	38
Tabela 10 – <i>CADI admissão vs MIF Total admissão</i>	41
Tabela 11 – <i>CADI admissão vs Situação laboral dos cuidadores</i>	43
Tabela 12 – <i>CADI admissão vs Idade cuidadores</i>	45
Tabela 13 – <i>Destino de alta vs Idade utentes vs Estado civil utentes</i>	46
Tabela 14 – <i>Destino de alta vs MIF Motora alta utente</i>	47
Tabela 15 – <i>Destino de alta conforme MIF alta e CADI alta</i>	49

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - MIF (Medida de Independência Funcional)	69
ANEXO II – CADI (Questionário de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores)	72
ANEXO III - <i>Apreciação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra</i>	74
ANEXO IV - <i>Pedido de autorização para a colheita dos dados na Unidade de Convalescença do Hospital São João Batista de Entroncamento</i>	76

LISTA DE APENDICES

APÊNDICE I - <i>Questionário sociodemográfico para cuidadores e utentes</i>	79
--	----

SUMÁRIO

I- INTRODUÇÃO	1
II - ENQUADRAMENTO TEORICO	3
2.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	3
2.2 Unidade de Convalescença	3
2.3. Fisioterapeuta nos cuidados continuados	4
2.4. Funcionalidade e AVD	5
2.4.1. Hospitalização e deterioração funcional	7
2.5. O processo de preparação de alta	8
2.5.1. Cuidador informal - família	9
2.5.2. Características dos cuidadores	11
2.6. Dificuldades dos cuidadores	11
2.6.1. Sobrecarga dos cuidadores	12
2.7. Destino de alta dependente da patologia e da capacidade funcional	14
2.7.1 Patologia neurológica	14
2.7.2 Patologia ortopédica e músculo-esquelética	16
2.7.3 Outras Patologias	17
III – METODOLOGIA	19
3.1. Objetivos	19
3.2. Hipóteses	19
3.3. Instrumentos métricos	19
3.3.1. Medida de Independência Funcional	20
3.3.2. CADI - Carer's Assessment Difficulties Index	21
3.4. Amostra	22
3.5. Métodos	22

3.6. Tratamento estatístico	23
IV – RESULTADOS	25
4.1. Caracterização da amostra relativa aos cuidadores	25
4.2. Caracterização da amostra referente aos utentes	28
4.3. Consistência interna dos instrumentos de avaliação	30
4.3.1. Consistência interna CADI	30
4.3.2. Consistência interna MIF	30
4.4. Avaliação do nível de capacidade funcional (MIF) dos utentes	31
4.4.1 MIF Total dos utentes nos três momentos de avaliação conforme a patologia	31
4.4.2 MIF Motora e Cognitiva dos utentes nos três momentos de avaliação conforme a patologia	32
4.5. Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)	35
4.5.1. Avaliação da CADI momento de admissão do utente	35
4.5.2. Avaliação da CADI na Alta	37
4.5.3. Avaliação da CADI na admissão dependendo da dependência dos utentes	39
4.5.4. Avaliação da CADI na admissão conforme situação profissional dos cuidadores	43
4.5.5. Avaliação da CADI na admissão conforme idade dos cuidadores	44
4.6. Análise do destino de alta	46
4.6.1. Destino de alta conforme idade e estado civil do utente	46
4.6.2. Destino de alta conforme capacidade funcional do utente	47
4.7. Relação entre a capacidade funcional dos utentes, as dificuldades dos cuidadores identificadas e o destino de alta	47
V – DISCUSSÃO	50
VI - CONCLUSÃO	58
VII - BIBLIOGRAFIA	62

I- INTRODUÇÃO

A criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) resultou como resposta ao progressivo aumento do envelhecimento demográfico da população e consequente aumento da prevalência das doenças crónicas e progressivas, de forma a promover a continuidade de cuidados de forma integrada. Envolve o trabalho integrado e pró-ativo de equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos utentes e familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e expectativas (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2007).

Patologias incapacitantes exigem enormes reajustamentos com implicações frequentes na dinâmica familiar. A capacidade funcional adquirida vai interferir na forma como a família integra a doença e a crise subsequente, bem como na reorganização que consegue implementar, nomeadamente na decisão do destino de alta pós internamento (Martins, 2002).

A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) define função como a interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais. A funcionalidade encontra-se relacionada com a integridade estrutural e funcional das funções do corpo e com a capacidade de desempenho para realizar tarefas num ambiente conhecido (Direção geral de saúde [DGS], 2004).

Segundo a Canadian Physiotherapy Association, o fisioterapeuta tem um papel ativo na equipa de Cuidados Continuados (CC) contribuindo para a recuperação, para a maximização da independência e da capacidade funcional e para a melhoria da qualidade de vida.

A perspetiva da intervenção da fisioterapia não é só direcionada ao utente / grupo de utentes, mas também ao meio e às pessoas que o envolvem, no sentido de promover a saúde (Cruz, 2003, Canadian Physiotherapy Association, 2007).

O planeamento da alta constitui mais do que uma simples transferência do utente do hospital para outra qualquer instituição de cuidados ou para o domicílio, ele é, pois, uma parte importante e dinâmica no plano de tratamento. Assim, para garantir a continuidade de cuidados e a utilização apropriada dos recursos, as equipas de saúde responsáveis pelo referido planeamento, devem identificar o mais cedo possível as necessidades de cuidados após a alta, desenvolvendo com a participação do utente e dos seus familiares/cuidadores planos de cuidados. Esses planos devem ser apropriados, de forma a diminuírem o risco de readmissões ou de complicações, promovendo ações programadas de ensino, desde o início do processo de cuidados (Associação Portuguesa de Fisioterapeutas [APF], 2005, Augusto *et al.*, 2005).

Contextualizando para a convalescença o planeamento da alta deve iniciar-se uma semana após a chegada do utente à unidade, isto para que se permita aos familiares/cuidadores relatar as suas dificuldades. O relato dessas dificuldades permite aos profissionais de saúde, nomeadamente aos fisioterapeutas a possibilidade de poder facultar indicações, de modo a que o cuidador adquira conhecimentos, técnicas, estratégias e competências para garantir o seu equilíbrio e o da pessoa a ser cuidada (UMCCI, *s.d.*, Shyu, 2000, Sequeira, 2010).

Um conhecimento mais aprofundado das características do utente, pode ajudar os profissionais de saúde, a definir metas de reabilitação mais realistas e a preparar os utentes e cuidadores sobre as possíveis mudanças na sua vida pós alta. Além disso, o aumento do conhecimento sobre os fatores relacionados com o regresso ao domicílio pode resultar num melhor encaminhamento do utente para os cuidados e apoios disponíveis aquando a alta (Everink *et al.*, 2016).

O objetivo deste estudo é conhecer e analisar os fatores que estão envolvidos na decisão do destino de alta do utente, isto é, analisar se níveis diferentes de capacidade funcional dos utentes e de dificuldades dos cuidadores no ato de cuidar, conduzem a locais de destino de alta diferentes. Desta forma, os profissionais de saúde poderão identificar as necessidades e formas de intervenção mais adequadas à evolução funcional do utente e/ou às dificuldades dos cuidadores, para que seja possível a continuidade de cuidados.

Este trabalho está estruturado em três partes principais: o enquadramento teórico, no qual é feita uma breve revisão da literatura do tema em estudo; o estudo empírico, onde é apresentada a metodologia implementada para a sua consecução, os objetivos a atingir, a

formulação das hipóteses, a apresentação dos instrumentos de colheita de dados e respectivos procedimentos até à previsão do tratamento estatístico. Na última parte encontra-se a apresentação dos dados e respetiva análise estatística, a discussão dos dados obtidos e as conclusões.

II - ENQUADRAMENTO TEORICO

2.1 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede é constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, aptas à prestação de cuidados de saúde dispostas a restaurar, promover e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos utentes em consequência de uma limitação funcional ou dependência de outrem (Decreto-Lei 281/03).

A Rede baseia-se numa intervenção complementar, que conjectura diferentes tipos de serviços para a prestação de cuidados de saúde apropriados às necessidades dos seus utentes. Deve garantir: uma atuação multidisciplinar; a continuidade entre as ações terapêuticas e de recuperação global, de acordo com um plano individual de intervenção que integre a caracterização multidisciplinar da situação do utente, das suas necessidades e dos cuidados a prestar; uma correta articulação entre os diferentes tipos de serviços e a prioridade na manutenção do utente no domicílio, sempre que possível (Decreto-Lei n. °281/03).

No âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, foi criada, pelo Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho a RNCCI, (RNCCI, 2006).

A RNCCI é definida como, um “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a capacidade funcional da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (UMCCI, 2007).

A RNCCI, é assim, o conjunto estruturado de unidades, de internamento e de ambulatório, de equipas de CC de saúde e de apoio social, prestados de forma integrada, a indivíduos em situação de dependência com falta ou perda de autonomia (UMCCI, 2007).

2.2 Unidade de Convalescença

A unidade de convalescença (UC) é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição. Nesta são prestados cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. São concebidos de forma continuada e intensiva e têm por finalidade, a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

As unidades de convalescença têm como objetivo prioritário a recuperação funcional dos doentes com incapacidade ou deterioração inicialmente reversível, mas também prestam cuidados dirigidos à adaptação dos doentes à incapacidade, ao envolvimento e aprendizagem dos familiares no cuidado das pessoas, à planificação do destino do doente (domicílio, lar, outro recurso) à alta do internamento da unidade, à avaliação dos síndromas geriátricos e inclusivamente à estabilização clínica de doenças em fase subaguda (RNCCI, 2006).

O período de internamento é de 30 dias, com a possibilidade de, no caso de não ser suficiente para a obtenção dos objetivos delineados, poder ser feita a prorrogação do internamento por mais 30 dias ou a transferência para qualquer outra das tipologias.

2.3. Fisioterapeuta nos cuidados continuados

Segundo a Chartered Society of Physiotherapy (1992) o objetivo principal da intervenção da fisioterapia em CC é conservar um nível de capacidade funcional ajustado a cada utente ou minorar a percentagem de deterioração através de um plano de intervenção planeado com o utente, não menosprezando a prevenção, promoção, aconselhamento e educação para a saúde.

O desenvolvimento do plano de intervenção em fisioterapia deve ter em consideração a consulta de todos os membros da equipa, de forma a beneficiar o utente com os cuidados prestados (Cruz, 2003).

A intervenção do fisioterapeuta centra-se no utente, na sua capacidade funcional e nos objetivos e expectativas, assim como na interação com o meio que os rodeia. Após um raciocínio, são estabelecidos os objetivos para os casos específicos e posteriormente com a

intervenção propriamente dita procuram-se obter os melhores resultados possíveis (APF, 2007; Canadian Physiotherapy Association, 2007).

O fisioterapeuta tem assim um papel ativo na equipa de cuidados continuados contribuindo para a recuperação, para a maximização da independência e da capacidade funcional, para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida, para a prevenção de complicações e deterioração do estado de saúde e para o aconselhamento e ensino ao utente e às pessoas que o rodeiam (cuidadores formais ou informais) (APF, 2007; Canadian Physiotherapy Association, 2007).

O modelo de avaliação e intervenção do Fisioterapeuta enquadra-se conceptualmente na CIF. É um modelo centrado na pessoa com uma condição de saúde, e que visa a aquisição de resultados que se refletem no controlo dos sintomas, na capacidade de realizar atividades diárias e na melhoria da qualidade de vida (APF, 2012).

Nas Unidades de Curta Duração/Convalescença, o Fisioterapeuta atua em especial junto de utentes com condições músculo-esqueléticas, neuromusculares ou cardiorrespiratórias. O fisioterapeuta intervém a nível: da melhoria do movimento articular e da função em situação pós-cirúrgica, fraturas, ou outras condições ortopédicas; da redução da dor de origem músculo-esquelética; da reeducação da marcha; da melhoria do equilíbrio; da prevenção/redução do risco de queda; da estabilização e otimização da função cardiorrespiratória; da avaliação e treino AVD e da avaliação das necessidades, seleção e treino de utilização de produtos de apoio (APF, 2012).

Para além disso, deve envolver a pessoa para trabalhar com outros elementos da equipa bem como com familiares e cuidadores, com o objetivo, entre outros, de um planeamento de alta segura (APF, 2012).

Badriah *et al.*, (2013) referem que utentes atendidos em programas de reabilitação abrangentes, como é o caso dos CC, mostram melhoria funcional e elevada percentagem de regresso a ambientes comunitários.

2.4. Funcionalidade e AVD

Segundo a DGS (2004), através da CIF, a funcionalidade é interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais (pessoais e ambientais), e encontra-se relacionada com a integridade estrutural e funcional das funções do corpo, com a capacidade e desempenho/execução de tarefas num ambiente conhecido.

A capacidade funcional surge, assim, como um novo componente de modelo de saúde. Uma vez instalada a incapacidade, esta pode determinar a dependência parcial ou total do indivíduo, fortemente relacionada com a realização das atividades da vida diária e com a necessidade de alguém, um prestador de cuidados (formal e/ou informal), para o auxiliar no seu desempenho. (Botelho, 2000, Guimarães *et al.*, 2004, Jefferson *et al.*, 2006).

O conceito de capacidade, segundo a DGS (2004), corresponde, assim, à competência de um indivíduo para executar determinada tarefa ou ação, tendo como objetivo indicar o nível de função que pode ser atribuído a esse indivíduo em determinado domínio.

Doenças adquiridas, deficiências ou outros problemas, estão fortemente associados à perda da capacidade funcional. Esta capacidade funcional é influenciada também por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. A perda da capacidade para realizar as AVD ou AIVD, pode resultar da combinação de problemas físicos, da perda de memória, da falta de motivação e da falta de recursos sociais (Carter, 2000, Melo e Silva, 2003, Guimarães *et al.*, 2004, Jefferson *et al.*, 2006).

A avaliação da capacidade funcional torna-se assim um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos indivíduos. A este respeito, a DGS refere que o conhecimento da prevalência das limitações funcionais é indispensável para determinar recursos e serviços a aplicar, promovendo ambientes facilitadores de autonomia e independência (DGS, 2004; Parahyaba, 2006).

A OMS definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. Frequentemente é avaliada através de declaração indicativa de dificuldade, ou de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas necessárias para viver independente na comunidade. As medidas de mobilidade fazem parte, também, da avaliação do declínio funcional, e têm provado ser valiosas no estudo da relação do *status* funcional com características demográficas, condições crónicas e comportamentos relacionados à saúde (Parahyaba, 2006).

As atividades de vida diária são necessárias para o autocuidado pessoal e permitem a uma pessoa ser auto suficiente. Estas atividades são tomar banho, vestir, usar o WC, deambular, ter continência e alimentar-se. Normalmente é perdida a capacidade de realização das mesmas por esta ordem e representam um risco severo à independência e

causam sobrecarga nos cuidadores, podendo levar à institucionalização da pessoa idosa (Botelho, 2000, Guimarães *et al.*, 2004, Jefferson *et al.*, 2006).

As atividades instrumentais são mais complexas que as anteriores e permitem ao indivíduo viver na comunidade e relacionar-se com os outros. Incluem: usar o telefone, cuidar da casa, preparar a comida, fazer compras, tratar dos assuntos económicos e usar os meios de transporte. A perda da capacidade de realização destas atividades normalmente ocorre anteriormente às AVD (Botelho, 2000, Guimarães *et al.*, 2004, Jefferson *et al.*, 2006).

As doenças crónicas cardiovasculares, do foro respiratório, do aparelho osteoarticular e as demências são as que estão, com maior frequência, associadas às situações de dependência nos mais velhos. Cerca de 80% das pessoas com mais de 65 anos são portadoras de pelo menos uma doença crónica (Sousa *et al.*, 2004).

Segundo a DGS (2004), em Portugal 12% das pessoas com 65 e mais anos precisam de ajuda na realização das AVD, sendo esta realidade agravada pelo facto de 52% das pessoas idosas inquiridas referirem viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referirem viver em situação de isolamento.

2.4.1. Hospitalização e deterioração funcional

Da hospitalização pode resultar uma diminuição da capacidade funcional mental, da continência e da capacidade para realizar as atividades da vida diária. Esta perda de capacidade surge da alteração dos sistemas. A nível do sistema músculo esquelético há uma perda da massa muscular e da força, há encurtamento muscular, mudanças na estrutura conjunta periarticular e cartilaginosa. Estas alterações resultam numa perda acentuada de força nos membros inferiores que limitam seriamente a mobilidade. Para além disso a perda de massa muscular e força está muitas vezes associada a quedas, incapacidade funcional, aumento da fragilidade e imobilidade (Kawryshanker *et al.*, 2014; Everink *et al.*, 2016).

Covinsky *et al.* (2003) referem que indivíduos que desenvolvem limitações funcionais associadas à hospitalização necessitam de ajuda dos cuidadores aquando do regresso ao domicílio ou até mesmo de cuidados mais prolongados. Pelo menos 30% dos indivíduos acima de 70 anos que são internados por doença aguda e são autónomos, no momento da alta apresentam dependência nas AVD. Certo que quanto maior a fragilidade, maiores graus de dependência desenvolvem após hospitalização (Covinsky *et al.*, 2003).

Aliás a incapacidade associada à hospitalização raramente pode ser explicada por uma única causa, uma vez que ela ocorre em pessoas normalmente idosas, com outras patologias associadas, quer físicas quer psicológicas e com limitações no suporte social. Associadas às características dos utentes, estão fatores como a diminuição da mobilidade em fase de internamento (utentes muito restritos ao leito), falta de estimulação dos utentes, por parte da equipa técnica para a realização das AVD (controlo na toma de medicação, na medição de glicémias, banho no leito etc.) entre outras, que aumentam a probabilidade de incapacidade (Amador *et al.*, 2007).

2.5. O processo de preparação de alta

Preparar o regresso a casa surge da necessidade de transição dos cuidados promovidos no hospital para a continuidade dos cuidados em casa.

A preparação para o regresso a casa é um processo que pressupõe todo um trajeto a percorrer pela pessoa, preconizando o envolvimento dos profissionais de saúde com a pessoa dependente e o cuidador prestador de cuidados, que será o elo de ligação em todo o processo, desde a sua admissão até à integração em contexto familiar, numa perspetiva de continuidade de cuidados (Maramba *et al.*, 2004, Petronilho, 2007).

A preparação para o regresso a casa assume-se assim como um momento de capital importância no processo de transição saúde/doença, determinando a continuidade do processo em contexto domiciliário. Este processo deve ser ajustado às necessidades não só da pessoa dependente, mas também dos agentes de autocuidado (Cardoso *et al.*, 2012).

Tal como preconiza a RNCCI também Williams *et al.* (2006) sublinham que para a aquisição do papel de prestador de cuidados, devem existir alguns princípios chave importantes. A identificação e o comprometimento do prestador de cuidados desde do início da admissão hospitalar, o envolvimento do mesmo na avaliação, no debate e na decisão no planeamento da alta, são alguns desses princípios.

O conceito da prestação de cuidados é definido como ato de prover assistência ou cuidado a um elemento da família ou a um amigo. Está associado a participação em atividades básicas e instrumentais da vida diária (Oliveira e Pimentel, 2005, Abreu e Ramos, 2007, Goodhead e McDonald, 2007, Sequeira, 2010).

Apesar da maioria das pessoas idosas manter a capacidade para cuidar de si próprias, o aumento da esperança de vida implica um aumento da necessidade de apoio e assistência. Essa assistência pode ser de ordem instrumental, afetiva, financeira ou qualquer outra. A administração de terapêutica, o apoio nos exercícios físicos, o apoio emocional, o apoio nas atividades relacionadas com questões financeiras e administrativas, são algumas dessas necessidades (Oliveira e Pimentel, 2005, Abreu e Ramos, 2007, Goodhead e McDonald, 2007, Sequeira, 2010).

O contexto de prestação de cuidados pode ser assumido de duas formas distintas: uma no âmbito do cuidador formal e outra no âmbito do cuidador informal.

No cuidado formal, a prestação de cuidados é executada por profissionais qualificados, os quais são designados cuidadores formais, existindo uma preparação para o desempenho desse papel estando esses integrados numa atividade profissional e remunerada (Grunfeld *et al.*, 1997, Sequeira, 2010).

O cuidador informal pode ser primário ou principal, secundário e terciário. O cuidador primário ou principal é aquele que assume a responsabilidade de supervisionar e orientar diretamente, sendo que realiza a maior parte dos cuidados (Grunfeld *et al.*, 1997, Martín, 2005, Sequeira, 2010).

O cuidador secundário é aquele que ajuda na prestação dos cuidados de forma ocasional, mas não tem a responsabilidade. Esta ajuda pode ser ao nível da prestação direta de cuidados, a nível económico, no apoio em atividades de lazer e sociais, entre outros (Grunfeld *et al.*, 1997, Martín, 2005, Sequeira, 2010).

O cuidador terciário pode ser um amigo, vizinho que esporadicamente ajuda quando é solicitado, mas não tem qualquer responsabilidade (Grunfeld *et al.*, 1997, Neri e Carvalho, 2002, Sequeira, 2010).

2.5.1. Cuidador informal - família

Poder-se-á dizer que a rede social formal e informal é importante no que se refere à prestação de cuidados, mas os estudos demonstram que, quando o idoso necessita de apoio, o pilar de suporte é a família, a quem cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente do dependente (Grunfeld *et al.*, 1997, Martín, 2005, Cruz, 2010, Sequeira, 2010).

A presença de um elemento da família em situação de dependência influencia todos os outros, direta ou indiretamente, alterando a natureza e a dinâmica das interações familiares (Sequeira, 2010).

Quando o cuidador assume a responsabilidade do ato de cuidar, muitas vezes não tem consciência de que a sua vida vai mudar, o que requer readaptação e articulação das suas atividades pessoais, sociais e profissionais. Estas alterações levam muitas vezes a conflitos intrapessoais, pelo desejo de cuidar e de se auto cuidar, e interpessoais pela falta de apoio das redes sociais formais e informais. Estas mudanças podem mesmo atingir patamares mais elevados como a sobrecarga (Sequeira, 2010).

O Relatório do Ministério da Saúde, que monitoriza o desenvolvimento e a atividade da RNCCI (2008), reconhece a existência de necessidades diversificadas para o suporte aos cuidadores informais. O fornecimento de informação atempada, a avaliação de dificuldades, o treino específico para promoverem os cuidados, a existência de serviços que possibilitem o descanso do cuidador, os benefícios fiscais e a possibilidade de algum tipo de remuneração ao cuidador informal, são algumas dessas necessidades (José e Wall, 2002, Sequeira, 2010).

Cabe então aos profissionais de saúde considerar as necessidades dos prestadores de cuidados como uma das mais importantes etapas no planeamento de cuidados de saúde ao doente no domicílio. O profissional de saúde deverá privilegiar, numa primeira fase, a informação (doença, dependência e tipo de cuidados), numa segunda fase, o apoio instrumental (orientar, instruir, treinar sobre a prestação de cuidados), e numa terceira fase, a disponibilização ao cuidador informal de apoio, em termos de suporte (emocional, psicológico etc.) (Sequeira, 2010).

Segundo Hankey (2004) os cuidadores precisam ser motivados, entusiasmados, em boa forma física e psicológica, emocionalmente fortes, com recursos financeiros e adequadamente informados, treinados e qualificados.

Shyu (2000) refere que, no planeamento da alta, os prestadores de cuidados destacam a importância da ajuda dos profissionais de saúde relativamente à gestão das suas emoções, ao ensino sobre cuidados de saúde, à vigilância do estado de saúde dos seus familiares e à identificação dos serviços de apoio existentes na comunidade.

Estratégias interventivas devem então ser articuladas entre cuidadores e técnicos de saúde, desenvolvendo um trabalho em parceria, de modo que o cuidador adquira conhecimentos, técnicas, estratégias e competências para garantir o seu equilíbrio e o da

pessoa a ser cuidada e que saiba quando aceder ou contactar os profissionais de saúde (Shyu, 2000, Maramba *et al.*, 2004, Sequeira, 2010).

A parceria de cuidados entre cuidadores e as equipas de saúde garante melhor apoio no período de internamento e no contexto domiciliário, proporcionando boa gestão de recursos e garantindo o sucesso no regresso a casa. A família é, assim, induzida a partilhar a responsabilidade das suas funções com outros parceiros sociais. A continuidade e a educação dos cuidadores para uma correta utilização de recursos disponíveis para apoio à prestação de cuidados, otimiza a resposta (Petronilho, 2007).

Parece, assim, óbvia a necessidade de aumentar as parcerias entre os cuidadores formais e informais, através de ações concertadas que se traduzam em ganhos em saúde, para quem cuida e para quem é cuidado.

2.5.2. Características dos cuidadores

Cattani e Girardon-Perlin (2005) e Ndaba-Mbata e Seloilwe (2000) referem que, a seleção do cuidador informal depende do fator de proximidade afetiva, isto é, da relação conjugal ou filial estabelecida.

Normalmente esse cuidado é assegurado pelo conjugue. Só na impossibilidade desse, é que é assegurado geralmente pelo elemento feminino mais próximo, esposa, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras, embora se constate que os homens cada vez mais participam nos cuidados (filhos/genros) (José e Wall, 2002, Sequeira, 2010).

Os cuidadores casados são o maior grupo que presta cuidados a pessoas dependentes, seguindo-se por ordem decrescente os solteiros ou divorciados e por último os viúvos (Sousa *et al.*, 2004).

Nguyen *et al.*, (2007) referem que o ser casado pode ser um importante fator para o regresso ao domicílio, contudo não pode ser considerado totalmente válido, uma vez que noutros estudos o mesmo não se verifica.

Sequeira (2007) refere que a maioria dos cuidadores informais ou são domésticos ou não têm atividade laboral, embora exista os que se encontram em situação de desemprego e reforma.

2.6. Dificuldades dos cuidadores

É evidente a importância de avaliar as necessidades dos prestadores de cuidados. Ao dispor dessa avaliação e da monitorização do stress, podem ser concedidas intervenções adequadas que reduzam o declínio mental e físico dos prestadores de cuidados (Hoskins *et al.*, 2005).

Cruz (2010) e Ekwall e Hallberg (2007) evidenciam que a maior dificuldade com a qual os cuidadores se defrontam, prende-se com a exigência inerente ao ato de cuidar.

Sit *et al.*, (2004) identificam como dificuldades sentidas pelos cuidadores a continuidade de cuidados médicos e de enfermagem, o monitorizar as condições do estado de saúde do familiar e o dar a assistência na mobilidade. Atividades como lidar com as tarefas domésticas, o apoio emocional, o providenciar os transportes, o estruturar as atividades para o familiar, o lidar com as emoções do familiar e o gerir a parte económica e de lidar com a burocracia, também são dificuldades referidas.

Segundo a orientação da Direção Geral de Ação Social (Quaresma, 1996), os cuidadores informais referem ainda necessidades de apoio na situação financeira, devido às despesas de saúde, alimentação e apoio social; ajudas ao nível técnico (camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos e bengalas); acesso a informação e ensinamentos sobre o modo como prestar os cuidados de forma mais eficaz e segura.

Para Shyu (2000) e Lin *et al.*, (2006) o prestador de cuidados necessita de aprender novas capacidades para lidar com as necessidades do doente. A essas necessidades correspondem a assistência por parte da visita domiciliária; a vigilância contínua para assegurar a segurança do doente; a assistência na higiene e limpeza da habitação; a assistência para gerir situações de emergência e a assistência para realizar compras ou transmitir recados. Por outro lado, as maiores dificuldades dos cuidadores são o auxílio no subir escadas; a dificuldade em gerir situações de problemas emocionais; dificuldade em realizar as atividades de reabilitação e de ajuda na locomoção e a dificuldade na ajuda e gestão de situações de emergência.

Os cuidadores referem ainda insegurança relacionada com o traumatismo dos doentes e a não adequada administração da medicação e da preparação da refeição (Sit *et al.*, 2004).

Todas estas dificuldades deverão ser colmatadas para que os prestadores de cuidados não se sintam esgotados e futuramente desmotivados para cuidarem dos seus familiares em casa, independentemente das mudanças nas dinâmicas familiares que vão realizando ao longo dos tempos.

Cuidadores mais jovens apresentam maior capacidade de aprender a lidar com problemas específicos dos doentes. No entanto, alguns estudos referem, esses cuidadores como os mais vulneráveis e que revelam mais dificuldades na resolução de situações problemáticas (Riedel *et al.*, 1998, Braithwaite 2000, Van den Heuvel *et al.*, 2001).

Petronilho (2007) alude que os cuidadores ao receberem a informação necessária para desempenhar o seu papel adequadamente, estão menos suscetíveis de vir a sofrer de sobrecarga.

2.6.1. Sobrecarga dos cuidadores

A sobrecarga é definida como o tempo despendido na prestação de cuidados, nas tarefas que são desenvolvidas e nas possíveis dificuldades financeiras que poderão advir, assim como no impacto físico, psicológico, social e emocional que os prestadores de cuidados experienciam com o ato de cuidar (Exel *et al.*, 2004)

Em consequência das atividades referentes ao ato de cuidar, o prestador de cuidados poderá ter conflitos familiares, sendo que os motivos mais evidentes são a falta de atenção para a restante família, a incompetência em prestar cuidados e a atribuição de críticas negativas dos familiares, que muitas vezes levam à institucionalização do doente (Hankey, 2004, Sequeira, 2010).

Perante doentes de grande dependência, os prestadores de cuidados sentem-se esgotados, tornando-se instáveis nas relações pessoais e profissionais. O próprio relacionamento com o doente pode ser alterado, agravando algum distanciamento emocional, ocorrendo atitudes de frieza, indiferença, insensibilidade e postura desumanizada (Marques, 2007, Sequeira, 2010).

A ajuda nas AVD é considerada a principal fonte de sobrecarga para os cuidadores, em que a sua intensidade depende da frequência da duração do cuidar (Azeredo, 2003).

Um outro fator contributivo é o estado do doente e as exigências do mesmo. As solicitações podem ocupar de tal forma o tempo do cuidador, que este se vê confrontado com uma contínua sobrecarga emocional que o leva a uma diminuição da atividade social (Brito, 2000, Petronilho, 2007, Lage, 2007).

O ato de cuidar também traz aos cuidadores dificuldades económicas que têm um substancial impacto na vida dos prestadores de cuidados (Grunfeld *et al.*, 2004).

No emprego, as alterações mais evidenciadas em virtude de dedicarem cuidados ao seu familiar são os pedidos de demissão; as recusas de promoção de carreira; a perda de horas de trabalho e a utilização de licenças de férias (Grunfeld *et al.*, 2004).

Dos cuidadores, as mulheres são as que apresentam maior tendência para ter sobrecarga comparativamente com os homens, uma vez que desempenham múltiplos papéis, deveres e obrigações na sua vida, nomeadamente a acumulação de tarefas, tradicionalmente desenvolvidas como o cuidar dos filhos, as atividades domésticas e o desempenho da sua atividade laboral (Grunfeld *et al.*, 2004; Battams, 2005).

Os prestadores de cuidados que vivem com a pessoa dependente têm mais benefícios e uma menor possibilidade de sobrecarga. Para prestar cuidados não têm a necessidade de se deslocar fora do seu domicílio, o que implica o “não perder tempo em deslocações”, assim como não ter encargos financeiros nas mesmas (Petronilho, 2007).

O coabitar na mesma residência proporciona uma melhor distribuição do tempo disponível, uma vez que a prestação de cuidados é realizada de um modo racional e oportuna, mediante as tarefas a desempenhar (Marques, 2007).

2.7. Destino de alta dependente da patologia e da capacidade funcional

2.7.1 Patologia neurológica

São vários os fatores que influenciam o destino de alta dos utentes. Fatores como a capacidade funcional, a idade, o género, a situação clínica, a localização da lesão, a incontinência urinária e intestinal, as alterações cognitivas, a associação de múltiplas deficiências (hemiparesia, disfagia, afasia, disartria, ataxia, hemianopsia), a situação social, nomeadamente presença e disponibilidade dos cuidadores influenciam o destino de alta (Pereira *et al.*, 2014).

O estado civil do utente, principalmente o ser casado também é definido como um importante preditor na decisão do local da alta (Nguyen *et al.*, 2007).

Os fatores que estão significativamente relacionados com a probabilidade de o utente ter alta para casa após internamento são a capacidade funcional; a idade; a gravidade do AVC e as sequelas resultantes; as comorbidades, os fatores de risco, as complicações e disponibilidade do cuidador (Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009).

A capacidade funcional do utente na admissão é o fator mais notório como preditor de alta para o domicílio (Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009).

A correlação entre a capacidade funcional do utente na admissão e no momento da alta é fundamental na medida em que, utentes que iniciam a reabilitação com uma maior independência funcional avaliada pela escala de Medida de Independência Funcional (MIF) nas atividades motoras (transferências, mobilidade, capacidade de se alimentar, controlo de esfíncter e andar) estão mais propensos a terem alta para o domicílio do que aqueles que apresentem maior dependência funcional aquando da admissão (Sandstrom *et al.*, 1998, Nguyen *et al.*, 2007, Braver *et al.*, 2008, Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009; Badriah *et al.*, 2013).

A capacidade de realizar marcha, assim como a capacidade de rolar na cama, são fatores importantes para o regresso ao domicílio. A incapacidade de rolar na cama pode ser impeditiva de o utente viver sozinho ou apenas com apoio de um cuidador informal considerado frágil, como exemplo um marido/mulher envelhecido/a. Outra das razões para esta tarefa ser importante é por esta só ser possível se houver várias capacidades motoras, tais como a mobilidade nos membros, o controlo postural e do tronco, assim como o sentido de orientação (Braver *et al.*, 2008).

Para além da capacidade funcional motora, também a capacidade funcional cognitiva é um fator preditivo de regresso ao domicílio. Utentes com maior capacidade cognitiva têm maior probabilidade de regressar ao domicílio após internamento do que os com menor capacidade (*Canadian Institute for Health Information*, 2009).

Todavia, e comparando as duas funções, a motora é a que prepondera na decisão de regresso ao domicílio no momento da alta (*Canadian Institute for Health Information*, 2009).

Relativamente ao fator idade, os autores referem complexidade na relação entre a idade e o destino de pós alta, devido aos parâmetros fisiológicos e sociais que influenciam. Contudo, consideram, que indivíduos mais jovens, com menores sequelas e com apoio de cuidadores tendem a regressar a casa (Nguyen *et al.*, 2007; Pereira, *et al.*, 2014).

O fator género também é relevante. Para Agarwal *et al.*, (2003) as mulheres com sequelas de AVC têm maior tendência a ter alta para instituições de apoio (lares) do que os homens, sendo que estas tendem a viver sozinhas e a não terem um cuidador disponível (Nguyen *et al.*, 2007).

O envolvimento social é um dos fatores mais importantes para o regresso ao domicílio após o internamento por diagnóstico de AVC. Utentes que residem com o cônjuge/companheiro antes do episódio de doença têm maior probabilidade de regresso ao domicílio após internamento do que os que já residiam sozinhos (Nguyen *et al.*, 2007, Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009).

O regresso ao domicílio de forma segura é influenciado pela presença desse elemento no ambiente doméstico, uma vez que há necessidade dos utentes de serem ajudados nas suas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária após o AVC (Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009).

Lutz (2004) refere que dada a importância dos cuidados pós reabilitação de um AVC, e na ausência de capacidade do cuidador, o apoio adicional de cuidadores formais dos serviços da comunidade têm um papel essencial e facilitador para o regresso a casa do utente.

Como fatores preditivos de descarga para lar para utentes com AVC estão identificados a idade avançada, o tempo de internamento, a incontinência urinária, a demências e as sequelas adquiridas após a lesão. Os utentes com capacidade funcional mais reduzida tendem a ter alta para lares de idosos e não para unidades de reabilitação em regime de internamento. Valor de MIF baixo na admissão e no momento da alta são mais suscetíveis de terem alta para instalações de apoio a idosos. Valores de MIF motora de 70 ou inferior ou valores de MIF cognitivo de 25 ou menos estão associados a alta para lar de idosos (Sandstrom *et al.*, 1998, Nguyen *et al.*, 2007, Braver *et al.*, 2008, Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009; Badriah *et al.*, 2013).

2.7.2 Patologia ortopédica e músculo-esquelética

Existem grandes variações nos padrões de prática, quando se trata do encaminhamento dos doentes após artroplastia da anca. Em muitos casos, há o encaminhamento dos utentes para unidades de internamento por decisão da equipa médica por o utente não apresentar evolução funcional. Por outro lado, esse encaminhamento pode ocorrer por questões sociais, por o utente não ter apoio suficiente de família, amigos ou outro qualquer cuidador informal (Pablo *et al.*, 2004, citado por Morrow-Howell e Proctor).

Os fatores encontrados como preponderantes para a alta para centro de reabilitação são idade, género, raça, sistema de seguro, gravidade da situação clínica, tipo de alteração articular, intercorrências e isolamento social (viver sozinho). Para Pablo *et al.*, 2004, citado

por Morrow-Howell e Proctor, consideram a capacidade funcional diminuída antes da alta, a idade avançada, o sexo feminino, o viver sozinho e a obesidade como os fatores mais relevantes para a alta para centro de reabilitação.

Nas cirurgias de revisão da artroplastia o fator mais importante é a capacidade funcional baixa antes da alta. Assim, qualquer que seja o ato cirúrgico da artroplastia da anca, a capacidade funcional foi identificada como um fator decisivo para a alta para centro de reabilitação (Pablo *et al.*, 2004).

Fatores socioeconômicos e as questões sociais também devem ser considerados de forma a melhor adequar o destino da alta (Pablo *et al.*, 2004).

Como fatores indicativos de regresso a casa estão o utente preferir os cuidados de reabilitação no domicílio, o género masculino e haver o conhecimento sobre a cirurgia (Pablo *et al.*, 2004, citado por Morrow-Howell e Proctor).

Para Kimmel *et al.*, (2012) a região afetada também está associada ao destino de alta. Utentes com fraturas mais proximais, como por exemplo fraturas de fémur, apresentam maior propensão de ter alta para unidades de reabilitação do que aqueles que têm lesões distais, como fraturas de tornozelo.

A presença de dependência e lesão pré-fratura também é uma condicionante do destino de alta, para estes autores. Assim, utentes com lesões pré fratura são mais encaminhados para unidades de reabilitação do que os que não têm (Kimmel *et al.*, 2012).

Nas fraturas dos membros inferiores pós artroplastia de anca e joelho a idade mais avançada propicia a alta para unidades de internamento com reabilitação (Kimmel *et al.*, 2012).

Relativamente ao destino de alta pós fratura da cabeça do fémur, a diminuição da capacidade funcional pré-operatória, o défice cognitivo, e as comorbidades pré-operatórias são fatores que influenciam destino de alta (Deakin *et al.*, 2008, Nanjayan *et al.*, 2014).

Deakin *et al.*, (2008) referenciam que na sequência de uma fratura da cabeça do fémur, muitos utentes são incapazes de recuperar o seu estado funcional pré-fratura mesmo depois da cirurgia e da reabilitação. Menos de 60% desses utentes regressam ao domicílio e até menos conseguem atingir a capacidade funcional inicial.

Para Wang *et al.*, 2014, a capacidade motora é o fator mais decisivo no processo de preparação de alta e de regresso ao domicílio, comparativamente com a capacidade cognitiva, apesar desta também se mostrar relacionada para pacientes com fratura da anca.

Idade avançada, sexo masculino, fratura bilateral da anca, ser solteiro e ter maior capacidade cognitiva do que funcional, são os fatores apontados por Wang *et al.*, como mais indicativos para o destino de alta para instituição aquando a fratura da anca. Sendo que valores maiores ou iguais a 58 de MIF motora é indicativo, neste estudo para o aumento da probabilidade do regresso ao domicílio do utente (Wang *et al.*, 2014).

2.7.3 Outras Patologias

A doença vascular periférica e a diabetes são patologias que podem implicar complicações vasculares que levam a amputações. Esta situação é importante na medida em que ocorrem alterações funcionais e de incapacidade permanentes para todos os indivíduos, mas principalmente para os utentes idosos (Dillingham *et al.*, 2011).

O planeamento da alta para indivíduos pós amputação deve ter em contar fatores como o nível de amputação, a capacidade cognitiva e mental, a disponibilidade dos cuidadores e a capacidade funcional (Dillingham *et al.*, 2011).

O nível de amputação interfere com a capacidade funcional. Amputações maiores (acima do joelho) provocam maiores sequelas e conseqüentemente maior limitação funcional do que as menores. Lavery *et al.*, citado por Dillingham *et al.*, (2011) indicam uma forte relação entre o nível de amputação e a alta para instituições de reabilitação em regime de internamento

A capacidade cognitiva e mental interfere com a capacidade de colaboração na área da reabilitação e conseqüentemente com a melhoria da capacidade funcional (Dillingham *et al.*, 2011). Relativamente à idade, os autores referem que indivíduos mais jovens têm maior capacidade funcional e têm ainda maior probabilidade de ter um cuidador disponível (Dillingham *et al.*, 2011).

Lavery *et al.*, citado por Dillingham *et al.*, (2011), mencionam que a alta para o lar de idosos é influenciada pela idade do utente, pelo estado civil e pelo local anterior de residência.

Segundo Everink *et al.*, (2016) há ainda uma falta de visão sobre os fatores relacionados à alta hospitalar dos utentes com doença de Parkinson, doença cardíaca e pulmonar crónica, uma vez que, muitas vezes sofrem de várias comorbidades que influenciam a sua situação clínica e funcional.

III – METODOLOGIA

3.1. Objetivos

- Analisar a relação entre a capacidade funcional total no momento da alta e o destino pós alta.
- Analisar a relação entre as dificuldades referidas pelos cuidadores no momento de alta e o destino pós alta.

3.2. Hipóteses

Atendendo ao problema, aos objetivos do estudo e à sequência dos fundamentos teóricos, formularam-se as seguintes hipóteses:

- H1 – Existem diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes consoante o destino de alta.
- H2 – Existem diferenças significativas na identificação de dificuldades no ato de cuidar referidas pelos cuidadores consoante o destino de alta.

3.3. Instrumentos métricos

O protocolo de investigação consiste num conjunto de questionários e escalas de avaliação, uns preenchidos pelos cuidadores outros preenchidos pela investigadora.

O questionário geral sujeito a validação interna (Apêndice I) está dividido em duas partes, uma com informações do cuidador e outra do utente, tendo sido aplicado no momento da admissão do utente. Realizou-se uma revisão da literatura, elencando e analisando os

pontos de interesse da pesquisa que, articulada aos objetivos e especificidades do objeto de estudo, subsidiaram a elaboração do Questionário geral (sociodemográfico) para os cuidadores e para os utentes, tendo sido validado segundo o processo descrito por Fortin (1999).

No questionário referente ao cuidador estão incluídas questões, tais como género, idade, escolaridade/habilitações literárias, estado civil, situação laboral, pessoa a quem presta cuidados, se vive ou não no mesmo domicílio que o utente, se partilha a responsabilidade dos cuidados com alguém (aplicado a cuidadores de utentes que aguardam vaga na rede no domicílio ou noutra instituição) e se nos últimos 6 meses já teve de faltar ao trabalho por causa da pessoa a quem presta cuidados.

No questionário destinado ao utente as questões são género, idade, escolaridade/habilitações literárias, estado civil, com quem vivem, a patologia, a data de alta do hospital de agudos e a data de entrada na unidade.

A escala de avaliação MIF (Anexo I) é de preenchimento específico pela investigadora. O Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores (CADI) (Anexo II) é preenchido pelos cuidadores com exceção daqueles em que a investigadora preencheu segundo informação dos cuidadores via telefone.

3.3.1. Medida de Independência Funcional

A MIF foi desenvolvida em 1980 tendo como referência a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens publicada pela OMS com carácter experimental em 1980. É uma escala muito utilizada em reabilitação, constituindo um instrumento auxiliar fundamental para a avaliação do estado funcional de um indivíduo (Laíns, 1990).

É um instrumento preciso e universal, que avalia a independência funcional, independentemente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras, apresentadas pelos utentes.

As alterações da MIF demonstram os efeitos ou os resultados do programa de reabilitação. Além disso, tem como meta determinar quais os cuidados necessários a serem prestados para que o utente realize as AVD (Benvegna, 2008).

Trata-se de um instrumento de avaliação constituído por 18 itens (dividido em duas subescalas, motora e cognitiva), sendo atribuída a cada um deles uma pontuação máxima de

7 pontos, correspondente à independência completa do indivíduo, e mínima de 1, para uma dependência total.

A MIF total pode ser dividida em quatro subscores, de acordo com a pontuação total obtida:

- * 18 pontos: dependência completa (assistência total);
- * 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa);
- * 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa);
- * 104 – 126 pontos: independência completa / modificada

Cada item é analisado pela soma de suas categorias referentes. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência e assim sucessivamente (Riberto *et al.*, 2004).

A incapacidade funcional pode graduar-se da seguinte forma:

- Grave MIF <40
- 80>MIF>40 Moderada
- MIF>80 Ligeira

3.3.2. CADI - Carer's Assessment Difficulties Index

CADI foi validada para a população portuguesa pela autora Brito (2000).

Tem como objetivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequente nas situações de prestação de cuidados a familiares dependentes, bem como a maneira como, em cada caso, os prestadores de cuidados percebem e vivenciam essas dificuldades.

É composto por trinta assunções e potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar dos idosos, com as relações à percepção de cuidados e exigências de ordem física do cuidar e suas implicações na vida social, na falta de apoio familiar e profissional, além da situação económica prejudicada com o desempenho da função (Brito, 2000).

Tabela 1 – *Potenciais dificuldades da escala de dificuldades (CADI) propostos por Nolan et al.*

Potenciais dificuldades	Nº das Questões	Nº de itens
Problemas relacionais com a pessoa dependente	5, 11, 12, 14, 22, 25, e 26	7
Reações à prestação de cuidados	1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30	8

Exigências de ordem física na prestação de cuidados	6, 10, 13, 15, 23 e 24	6
Restrições na vida social	8, 18 e 20	3
Falta de apoio familiar	16 e 28	2
Falta de apoio profissional	7 e 27	2
Problemas financeiros	4 e 21	2

Em relação a cada item o inquirido deve assinalar, numa escala tipo Likert se a afirmação em causa se aplica à sua situação e, em caso positivo, de que forma corresponde à sua perceção da situação. Sendo que tem quatro opções de resposta: *Não acontece no meu caso* (0); *Acontece, mas não me perturba* (1); *Acontece e causa-me alguma perturbação* (2); *Acontece e perturba-me muito* (3).

A pontuação obtida nesta escala varia de 0 a 90 pontos onde, quanto maior pontuação maior as dificuldades sentidas.

No final existe ainda um espaço aberto para, facultativamente, o inquirido descrever outras situações que ele entenda não estarem contempladas nos questionários.

3.4. Amostra

Tendo em consideração o estudo pretendido, o tipo de amostra selecionada foi consecutiva.

Da amostra consecutiva fizeram parte os utentes internados na UC da SCME que cumpriam os critérios selecionados, e os cuidadores desses mesmos utentes, perfazendo um valor de 60 utentes/cuidadores.

São critérios de inclusão ser utente da UC da SCME, admitido entre janeiro e julho de 2015, com idade compreendida entre os 18 e os 80 anos, com patologia neurológica até 3 meses de evolução, com patologia músculo-esquelética, cardiorrespiratória até 1 mês e com cuidador informal atuante.

Foram excluídos os utentes com patologia psiquiátrica e / ou demência e com alta antes do tempo previsto.

Da amostra inicial 60 utentes e respetivos cuidadores, foram apenas selecionadas 50, uma vez que 10, não tiveram alta, foram transferidos para outras unidades de saúde. Estes

10 casos foram eliminados do estudo porque aparentemente poderiam fazer com que variasse o estudo, uma vez que a transferência ocorreu por agudização do estado de saúde. Assim sendo, obtivemos uma amostra de 50 utentes/cuidadores.

3.5. Métodos

A investigação consiste num estudo quantitativo de tipo descritivo exploratório e correlacional sobre a importância da capacidade funcional do utente e as dificuldades da família aquando da escolha do destino de alta pós internamento em CC, com amostra consecutiva.

O projeto de investigação foi apresentado para a apreciação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo III) e do Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento e o mesmo foi iniciado somente após aprovação (Anexo IV).

A investigação iniciou-se com um estudo de campo realizado na unidade de cuidados continuados do Entroncamento na tipologia de Convalescença.

A todos os participantes foram explicados os objetivos do estudo, garantida a confidencialidade e apresentado o consentimento informado para a recolha de dados. Após assinatura deste (pelos utentes ou pelos responsáveis legais) foi iniciado o estudo.

O questionário geral foi aplicado pela investigadora, onde constam os dados sociodemográficos do utente e do cuidador, e ainda dados clínicos do utente e de contexto da prestação de cuidados.

A autora avaliou a capacidade funcional dos utentes da UC da SCME com a MIF nas primeiras 48 horas após admissão do utente, a meio do internamento (após 15 dias) e no dia da alta. Avaliou, ainda, presencialmente ou via telefone, as dificuldades dos cuidadores com o CADI nas primeiras 48 horas de admissão do utente e no dia da alta.

Os dados da investigação foram recolhidos durante o período necessário para avaliar 60 utentes decorrendo entre janeiro e julho de 2015.

3.6. Tratamento estatístico

Os dados colhidos do conjunto de questionários foram introduzidos e processados no programa de estatística IBM SPSS Statistics versão 23 de 2015, para Windows.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e estatística

inferencial. A estatística inferencial tem como objetivo a extrapolação dos resultados (obtidos com a estatística descritiva) para a população, do qual se extraiu a amostra. Assim sendo foram utilizados vários tipos de testes com o intuito de relacionar as diferentes variáveis. Para analisar a relação entre variáveis categóricas recorreu-se a testes de independência do Qui quadrado e tabelas de contingência. Após avaliação da normalidade dos dados, recorreu-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, o qual é uma extensão do teste de *Mann-Whitney* utilizado para comparar mais de duas amostras independentes, dado que não se verificou que os dados provinham de populações que apresentavam a distribuição normal.

A decisão de rejeitar ou não a hipótese nula, obtém-se comparando o valor p relativo a cada teste com o nível de significância do estudo. Para valores de $p \leq 0.05$ rejeita-se a hipótese nula. Neste caso pode interpretar-se que a probabilidade das diferenças registadas na amostra serem devidas ao acaso é muito pequena (existe portanto grande probabilidade de estas diferenças existirem de facto na população). No caso de $p > 0,05$, diz-se não existir evidência estatística suficiente para rejeitar a hipótese nula.

IV – RESULTADOS

A análise de dados inicia-se com a descrição da amostra quer a nível de utentes quer dos cuidadores. Esta análise utiliza tabelas de frequência que pretendem, traçar um perfil do cuidador e do utente, da capacidade funcional do utente e da sua relação com as dificuldades dos cuidadores, e relação capacidade funcional/dificuldades dos cuidadores com o destino de alta.

De seguida foi determinado o coeficiente Alpha de Cronbach para aferir da qualidade dos instrumentos MIF e CADI quanto unidades de medidas fiáveis.

Posteriormente apresentam-se os resultados descritivos da escala de avaliação da dependência – MIF, onde é avaliado o grau de independência funcional dos utentes nos três momentos de avaliação conforme a patologia, utilizando o valor total da escala e ainda os valores parciais, correspondentes à avaliação da capacidade funcional motora e cognitiva.

Foi também avaliada de forma descritiva as potenciais dificuldades referidas pelo cuidador (CADI) no momento de admissão do utente e na alta. Foram ainda analisadas as dificuldades referidas pelos cuidadores consoante a dependência dos utentes, consoante a situação profissional e idade dos cuidadores.

Foi analisada de forma descritiva a relação do destino de alta consoante a idade e o estado civil do utente e ainda conforme o grau de dependência do mesmo.

Por último foi investigada a relação entre a capacidade funcional dos utentes, as dificuldades dos cuidadores identificadas e o destino de alta, de forma descritiva e através do teste não paramétrico (Kruskal-Wallis), conforme o objetivo do estudo e hipóteses formuladas.

4.1. Caraterização da amostra relativa aos cuidadores

Na Tabela 2 consta os dados obtidos da caracterização da amostra relativa aos cuidadores.

Observa-se que a distribuição dos prestadores de cuidados da amostra, segundo o sexo, é muito heterogénea. Destes 66% são mulheres (N=33) e 34% são homens (N=17).

Relativamente à idade dos prestadores de cuidados, a amostra varia entre os 29 e os 80 anos de idade, sendo a média de idades 57,56 e o desvio padrão de 10,92.

No que respeita ao estado civil, a grande maioria dos prestadores de cuidados referiu ser casado (74%), enquanto 14% referiu ser divorciado, 6% referiu viver maritalmente, 4% ser solteiro e só 2% são viúvos.

Em relação à escolaridade a maioria dos prestadores de cuidados têm o 3º ciclo do ensino básico (42%). Cerca de 28% tem o 1º ciclo do ensino básico completo, 16% tem o 2º ciclo do ensino básico, 12% o ensino superior e 2% não sabe ler nem escrever.

Na situação laboral a maioria dos cuidadores referiram estar empregados (52%), sendo que 32% se encontram reformados. Cuidadores desempregados são 12% e 4% são domésticos.

À questão referente a quem prestam cuidados a maioria dos cuidadores presta ao pai/mãe (50%), seguidamente ao marido/esposa com 26%. Cerca de 12% refere prestar cuidados a tio/tia, padrinho/madrinha e 4% presta cuidados a amigo/vizinho, a avó/avô e a sogra/sogro.

No que respeita ao viver no mesmo domicílio os resultados são similares, sendo que 52% dos cuidadores refere que não reside no mesmo domicílio que os utentes e 48% refere viver no mesmo domicílio.

Em relação à partilha dos cuidados prestados 72% dos cuidadores refere partilhar a responsabilidade do cuidador com outro, e 28% asseguram os cuidados sozinhos. Dos 72% que partilham responsabilidade 32% refere partilhar com instituições, 18% partilha com os filhos e 8% partilha com os irmãos e 6% partilha com vizinhos. A partilha com sobrinhos, tios/tias, mãe/pai e esposa/marido é referido cada um deles por 2% dos cuidadores.

À questão colocada sobre se já tiveram que faltar ao trabalho 76% refere que não, sendo que os restantes 24% dos cuidadores refere que sim. Destes 24% que refere ter faltado ao trabalho 22% refere ter sido por necessidade de acompanhamento a consultas, sendo os restantes 2% para tratar de burocracias referentes ao utente.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica: cuidadores

	N	%
Género		
Feminino	33	66,0
Masculino	17	34,0
Idade		
Média	57,56	
Desvio Padrão	10,92	
Mínimo	29	
Máximo	80	
Estado civil		
Casado	37	74,0
Solteiro	2	4,0
Divorciado	7	14,0
Viúvo	1	2,0
Viver maritalmente	3	6,0
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	1	2,0
1º ciclo do ensino básico completo	14	28,0
2º ciclo do ensino básico	8	16,0
3º ciclo do ensino básico	21	42,0
Ensino superior	6	12,0
Situação profissional		
Empregado	26	52,0
Desempregado	6	12,0
Doméstico	2	4,0
Reformado/aposentado	16	32,0
Quem presta cuidados		
Pai/Mãe	25	50,0
Marido/Esposa	13	26,0
Sogra/Sogra	2	4,0
Avô/Avó	2	4,0
Amigo/Vizinho	2	4,0
Outros	6	12,0
Mesmo domicílio		
Sim	24	48,0
Não	26	52,0
Partilha responsabilidade		
Sim	36	72,0
Não	14	28,0

<i>Com quem</i>		
Filhos	9	18,0
Irmãos	4	8,0
Instituição	16	32,0
Vizinhos	3	6,0
Sobrinhos	1	2,0
Tios/tias	1	2,0
Mãe/pai	1	2,0
Esposa/marido	1	2,0
<i>Falta ao trabalho</i>		
Sim	12	24,0
Não	38	76,0
<i>Motivos das faltas</i>		
Consultas	11	22,0
Burocracia	1	2,0

4.2. Caracterização da amostra referente aos utentes

Na Tabela 3 encontram-se os dados referentes à caracterização dos utentes que fazem parte da amostra.

Relativamente ao género dos utentes contidos na amostra, 64% são mulheres (N=32) e 36% são homens (N=18).

No que diz respeito à idade dos utentes, a média de idades é de 73,96% e o desvio padrão de 8,16. As idades variam dos 44 aos 80 anos de idade.

A grande maioria dos utentes refere ser viúvo (48%). Cerca de 38% dos utentes são casados, 8% são solteiros e os restantes são divorciados (6%).

Em relação à escolaridade 68% dos utentes têm o 1º ciclo do ensino básico completo, 12% refere não sabe ler nem escrever, 10% diz ter o 2º ciclo do ensino básico, 6% têm o 3º ciclo do ensino básico e 4% têm o 1º ciclo do ensino básico incompleto.

Do contexto clínico, nomeadamente o motivo de internamento e a patologia que levou ao internamento do utente, 50% foi por patologia neurológica, 26% por patologia do foro músculo-esquelético, 10% por patologia do foro cardíaco e 8% por foro renal e 6% do foro respiratório.

Em relação ao com quem os utentes vivem, estes referem que 44 % reside sozinho e 40% reside com conjuge, sendo que apenas 12% reside com os filhos e 4% com outros.

Relativamente ao destino de alta dos utentes após internamento em unidade de convalescença, a grande maioria destes regressou ao domicílio com apoio da família (50%), sendo que 30% regressou ao domicílio com apoio domiciliário e 8% regressaram ao domicílio, mas com apoio de centro de dia. Cerca de 12% dos utentes foram institucionalizados.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica: utentes

	N	%
Género		
Feminino	32	64,0
Masculino	18	36,0
Idade		
Média	73,96	
Desvio Padrão	8,16	
Mínimo	44	
Máximo	80	
Estado civil		
Casado	19	38,0
Solteiro	4	8,0
Divorciado	3	6,0
Viúvo	24	48,0
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	6	12,0
1º ciclo do ensino básico incompleto	2	4,0
1º ciclo do ensino básico completo	34	68,0
2º ciclo do ensino básico	5	10,0
3º ciclo do ensino básico	3	6,0
Patologia		
Foro neurológico	25	50,0
Foro cardíaco	5	10,0
Foro musculoesquelético	13	26,0
Foro renal	4	8,0
Foro respiratório	3	6,0
Com quem vivia		
Sozinha	22	44,0
Cônjuge	20	40,0
Filhos	6	12,0
Outro	2	4,0
Destino alta		

Domicílio família	25	50,0
Domicílio + centro de dia	4	8,0
Domicílio com suporte	15	30,0
Instituição	6	12,0

4.3. Consistência interna dos instrumentos de avaliação

4.3.1. Consistência interna CADI

A tabela 4 representa a análise da consistência interna da escala CADI, subdividida pelos sete fatores nos dois momentos de avaliação, na admissão e na alta do utente.

Todos os fatores apresentam consistência interna em ambos os momentos de avaliação, variando de uma consistência boa a muito boa, segundo Pestana e Gageiro (2005). A referir que o valor do Alfa de Cronbach no momento da admissão no fator a associado às “Reações à prestação de cuidados” apenas se refere a 7 itens da escala, ao invés de 8, uma vez que a questão 30 foi eliminada por apresentar variabilidade nula.

Relativamente à consistência interna do fator “Falta apoio profissional” há que referenciar que o valor do Alfa de Cronbach é 1, isto é, os dois itens do questionário obtiveram respostas iguais há exceção de dois cuidadores.

Na avaliação da consistência do fator “*Problemas financeiros*” no momento de admissão obteve-se um valor de 0,674 arredondado, o que significa que se encontra no limite do razoável.

Tabela 4 – Consistência interna: CADI

	Alfa de Cronbach Admissão	Alfa de Cronbach Alta	Nrº de itens
Problemas relacionais com a pessoa dependente	0,880	0,893	7
Reações à prestação de cuidados	0,869	0,890	7 (8)
Exigências ordem física na prestação de cuidados	0,813	0,914	6
Restrições na vida social	0,890	0,937	3
Falta de apoio familiar	0,942	0,950	2
Falta de apoio profissional	1,00	1,00	2
Problemas financeiros	0,674	0,850	2
CADI global	0,911	0,954	30

4.3.2. Consistência interna MIF

A tabela 5 representa a análise da consistência interna da escala MIF, nas suas duas subescalas e na totalidade em três momentos de avaliação, na admissão, após 15 dias e na alta do utente.

Das subescalas avaliadas, a MIF cognitiva apresenta nos três momentos de avaliação boa consistência interna, isto é, valores entre 0,8-0,9 de Alfa de Cronbach. A subescala MIF motora e a MIF total obtiveram valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,9 em todos os momentos de avaliação, o que indica que a sua consistência interna é muito boa, segundo os autores Pestana e Gageiro (2005).

Tabela 5 – Consistência interna: MIF

	Alfa de Cronbach Admissão	Alfa de Cronbach 15 dias	Alfa de Cronbach Alta
MIF Motora	0,911	0,954	0,958
MIF Cognitiva	0,895	0,846	0,834
MIF Total	0,911	0,940	0,949

4.4. Avaliação do nível de capacidade funcional (MIF) dos utentes

4.4.1 MIF Total dos utentes nos três momentos de avaliação conforme a patologia

Na tabela 6 está representado a capacidade funcional da amostra conforme a patologia do utente.

Os utentes com patologia do foro neurológico apresentam no momento de entrada uma mediana de 99,0 que lhes confere uma dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa) segundo a classificação de Riberto *et al.* (2004), tem amplitude de 99, em que o mínimo é 26 e máximo 125. Já no segundo momento de avaliação (15 dias depois) apresentam um valor de mediana de 113,0 que lhes confere o grau de independência completa/modificada, com amplitude 91, mínimo 35 e máximo 126. No momento de alta o grau de independência mantém-se, mas com maior valor de mediana 118,0, com amplitude de 91, com mínimo 35 e máximo 126.

Utentes com patologia músculo-esquelética apresentam um valor de mediana da MIF Total na admissão de 105,0 o que lhes confere um grau de independência

completa/moderada. Este grau de independência é mantido nos momentos seguintes de avaliação (15 dias depois e na alta), apesar de obterem valores superiores de MIF total, 117,0 aos 15 dias e 124,0 no momento de alta. Os valores de amplitude são 56 (117-61), 54 (124-70) e 78 (126-78) na admissão, após 15 dias e na alta respectivamente.

Para utentes com patologia variada, o valor da mediana da MIF total no momento de admissão obtido é de 102,0, o que concede um grau de dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa). Já passados 15 dias o valor é 111,0, que representa o grau de independência completa/modificada. No momento de alta a independência mantém-se apesar do valor ser superior (114,05). Os valores de amplitude são 62 na admissão e 64 após 15 dias e na alta, sendo os valores mínimo de 62 em todos os momentos de avaliação e de máximo 124 na admissão e 126 nos dois últimos momentos.

4.4.2 MIF Motora e Cognitiva dos utentes nos três momentos de avaliação conforme a patologia

Na tabela 7 constam os valores médios da MIF motora e cognitiva obtidos nos três momentos de avaliação.

Utentes com patologia neurológica apresentam valor de mediana de MIF motora na admissão de 68,0, passados 15 dias 83,0 e no momento de alta 68,0. A amplitude é 77 e 78 para os dois últimos momentos de avaliação, sendo os valores mínimos de 13 para todos e máximos de 90 na admissão e de 91 nos dois outros momentos. Na MIF cognitiva os valores de mediana adquiridos são 33,0 na admissão, 34,0 após 15 dias e na alta. A amplitude é de 27 na admissão e 21 nos 15 dias e alta, sendo os valores mínimos obtidos de 8 para admissão e 14 para os 15 dias e alta e os valores máximos 35 para todos os momentos de avaliação.

Para utentes com patologia músculo-esquelética os valores de mediana da MIF motora na admissão, após 15 dias e na alta são: 72,0, 83,0 e 89,0 respectivamente. O valor de amplitude obtido é 54 na admissão, 52 após 15 dias e 46 na alta. Os valores mínimos obtidos nos três momentos de avaliação são 28 na admissão, 37 após 15 dias e 45 na alta. Os valores máximos são 82 na admissão, 89 após 15 dias e 91 na alta. Na MIF cognitiva os valores de mediana são 34,0 nos primeiros dois momentos de avaliação e 35,0 na alta. Os valores de amplitude para os três momentos de avaliação são 3 na admissão e 2 para os dois últimos momentos de avaliação. Sendo o valor máximo obtido de 35 nos três momentos e 32 na admissão e 33 para após 15 dias e alta.

Utentes com patologia variada os valores de mediada obtidos na MIF motora são 69,0 no momento de admissão, 79,0 após 15 dias de internamento e 80,5 no momento de alta. O valor de amplitude é 50, na admissão e 52 após 15 dias e na alta. Sendo os máximos valores obtidos de 89 na admissão e 91 para os dois últimos momentos de avaliação e os mínimos 39 para todos os momentos. Para MIF cognitiva os valores de mediana alcançados nas três avaliações é 33,0 e de 12 de amplitude, sendo o valor máximo obtido 35 e o mínimo 23.

Tabela 6 – Grau de independência funcional conforme a patologia

	Foro Neurológico			Foro Músculo-esquelético			Outro Foro		
	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude
MIF Total Admissão	99,0	24	99 (125-26)	105,0	19	56 (117-61)	102,0	29	62 (124-62)
MIF Total 15 dias	113,0	20	91 (126-35)	117,0	13	54 (124-70)	111,0	23	64 (126-62)
MIF Total Alta	118,0	19	91 (126-35)	124,0	7	48 (126-78)	114,5	20	64 (126-62)

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

Tabela 7 – Grau de independência funcional motora e cognitiva conforme a patologia

	Foro Neurológico			Foro Músculo-esquelético			Outro Foro		
	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude
MIF Motora Admissão	68,0	23	77 (90-13)	72,0	19	54 (82-28)	69,0	26	50 (89-39)
MIF Motora 15 dias	83,0	18	78 (91-13)	83,0	11	52 (89-37)	79,0	21	52 (91-39)
MIF Motora Alta	88,0	16	78 (91-13)	89,0	7	46 (91-45)	80,5	19	52 (91-39)
MIF Cognitiva Admissão	33,0	5	27 (35-8)	34,0	2	3 (35-32)	33,0	4	12 (35-23)
MIF Cognitiva 15 dias	34,0	3	21 (35-14)	34,0	2	2 (35-33)	33,0	2	12 (35-23)
MIF Cognitiva Alta	34,0	3	21 (35-14)	35,0	1	2 (35-33)	33,0	2	12 (35-23)

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

4.5. Avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)

4.5.1. Avaliação da CADI momento de admissão do utente

Na tabela 8 encontram-se os valores obtidos após análise descritiva da CADI no momento de admissão do utente na unidade de internamento.

Os limites da escala CADI total variam entre 0- 90, sendo o seu ponto central 45. É assumido o valor zero no caso de o cuidador responder a tudo “Não acontece no meu caso” e o de noventa no caso de o cuidador responder a tudo “Acontece e perturba-me muito”. Os resultados obtidos no momento de admissão do utente são muito próximos uns dos outros, a média (27,36), o desvio padrão (14,53), a mediana (28,5) e a AIQ 20, o que indica que na generalidade os cuidadores não revelam dificuldades em desempenhar a função do cuidar. O valor mínimo dos 50 cuidadores é de 4 e o máximo de 67.

As potenciais dificuldades encontram-se divididas em 7 subescalas. A relativa aos *“Problemas relacionais com a pessoa dependente”* varia de 0-21, com ponto central de 10,5, tendo sido alcançado o valor de média 2,16, com desvio padrão de 4,05, mediana de 0,0, AIQ de 4, mínimo de 0 e máximo de 20. Na subescala *“Reações à prestação de cuidados”* os valores obtidos foram de 9,50 de média, 4,75 de desvio padrão, 10,0 de mediana, 6 de AIQ, 0 de mínimo e 18 de máximo, sendo que os valores variam de 0-24, com ponto central de 12. As potenciais dificuldades associadas às *“Exigências ordem física na prestação de cuidados”* revelaram valores de média 8,10, de desvio padrão 4,23, de mediana 8,0, de AIQ 6, de mínimo 1 e máximo 18, sendo que a pontuação varia de 0-18, com ponto central de 9. Para a subescala referente a *“Restrições na vida social”* a pontuação varia de 0-9 com ponto central de 4,5, sendo que nesta se obtiveram valores de 3,52 média, 2,68 de desvio padrão, 3,0 de mediana, 5 de AIQ, 0 de mínimo e 9 de máximo. A pontuação das subescalas *“Falta de apoio familiar”*, *“Falta de apoio profissional”* e *“Problemas financeiros”* varia de 0-6, sendo 3 o ponto central. Os valores obtidos foram 0,78 média, 1,57 desvio padrão, 0,0 mediana, 0 de AIQ, 0 mínimo e 5 de máximo para a subescala *“Falta de apoio familiar”*. Para a subescala *“Falta de apoio profissional”* o valor de média é 0,20, 1,01 de desvio padrão, 0,0 de mediana, 0 de AIQ, 0 de mínimo e 6 de máximo. A subescala *“Problemas financeiros”* revela valor de média de 3,10, 1,64 de desvio padrão, 4,0 de mediana, 2 de AIQ, 0 de mínimo e 6 de máximo.

Tabela 8 – Avaliação da CADI momento de admissão do utente

CADI Admissão	Limites da escala	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	AIQ*
CADI Total	0-90	50	4	67	27,36	14,53	28,5	20
Problemas relacionais com a pessoa dependente	0-21	50	0	20	2,16	4,05	0,0	4
Reações à prestação de cuidados	0-24	50	0	18	9,50	4,75	10,0	6
Exigências ordem física na prestação de cuidados	0-18	50	1	18	8,10	4,23	8,0	6
Restrições na vida social	0-9	50	0	9	3,52	2,68	3,0	5
Falta de apoio familiar	0-6	50	0	5	0,78	1,57	0,0	0
Falta de apoio profissional	0-6	50	0	6	0,20	1,01	0,0	0
Problemas financeiros	0-6	50	0	6	3,10	1,64	4,0	2

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

4.5.2. Avaliação da CADI na Alta

Os valores atingidos com a avaliação da CADI no momento da alta do utente encontram-se explanados na tabela 9.

Os resultados obtidos na alta do utente mantêm-se muito próximos uns dos outros, a média (16,56), o desvio padrão (16,64), a mediana (13,5), AIQ 17, mínimo de 0 e máximo 70, o que indica que nesta fase de avaliação os cuidadores ainda identificam menos dificuldades em desempenhar a função de cuidar.

A subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” tem valor de média 1,32, com desvio padrão de 3,40, mediana de 0,0, AIQ de 0, mínimo de 0 e máximo de 20. Na subescala “*Reações à prestação de cuidados*” os valores obtidos foram de 5,54 de média, 5,53 de desvio padrão, 4,0 de mediana, 8 de AIQ, 0 de mínimo e 18 de máximo. As potenciais dificuldades associadas às “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” revelaram valores de média 4,58, de desvio padrão 5,04, de mediana 3,0, de AIQ 5, de mínimo 1 e máximo 18. Para a subescala referente a “*Restrições na vida social*” a média é 2,08, o desvio padrão 2,67, a mediana 0,5, a AIQ 3, o mínimo 0 e máximo 9. Os valores obtidos para a subescala “*Falta de apoio familiar*” 0,52 média, 1,27 desvio padrão, 0,0 mediana, 0 de AIQ, 0 mínimo e 4 de máximo. Para a subescala “*Falta de apoio profissional*” o valor de média é 0,08, 0,57 de desvio padrão, 0,0 de mediana, 0 de AIQ, 0 de mínimo e 4 de máximo. A subescala “*Problemas financeiros*” revela valor de média de 2,44, 1,99 de desvio padrão, 2,0 de mediana, 3 de AIQ, 0 de mínimo e 6 de máximo.

Tabela 9 – Avaliação da CADI na Alta do utente

CADI Alta	Limites da escala	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	AIQ*
CADI Total	0-90	50	0	70	16,56	16,64	13,5	17
Problemas relacionais com a pessoa dependente	0-21	50	0	20	1,32	3,40	0,0	0
Reações à prestação de cuidados	0-24	50	0	18	5,54	5,53	4,0	8
Exigências ordem física na prestação de cuidados	0-18	50	1	18	4,58	5,04	3,0	5
Restrições na vida social	0-9	50	0	9	2,08	2,67	0,50	3
Falta de apoio familiar	0-6	50	0	4	0,52	1,27	0,0	0
Falta de apoio profissional	0-6	50	0	4	0,08	0,57	0,0	0
Problemas financeiros	0-6	50	0	6	2,44	1,99	2,0	3

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

4.5.3. Avaliação da CADI na admissão dependendo da dependência dos utentes

A tabela 10 indica as dificuldades referidas pelos cuidadores no momento da admissão mediante a dependência dos utentes.

Na admissão existe apenas um utente com dependência grave, 7 com moderada e 42 com ligeira.

Assim, o cuidador do utente que tem dependência grave identificou a subescala “*Reações à prestação de cuidados*” a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” e as “*Restrições na vida social*” como mais difíceis para si, tendo de mediana respetivamente, 16,0; 16,0 e 7,0.

Para cuidadores de utentes com dependência moderada (7) as dificuldades associadas a “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” tem de mediana 0,0 de AIQ 6 e de amplitude 8 com valor máximo de 8 e mínimo 0. Na subescala “*Reações à prestação de cuidados*” os valores obtidos de mediana é 12,0, de AIQ 7 e 12 de amplitude, com máximo 18 e mínimo de 6. As potenciais dificuldades associadas às “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” os valores são 12,0 de mediana, 5 de AIQ e 15 de amplitude, com máximo 18 e 3 de mínimo. Para a subescala referente a “*Restrições na vida social*” a mediana é 6,0, a AIQ 4 e a amplitude de 7, com máximo de 9 e mínimo de 2. Os valores obtidos na subescala “*Falta de apoio familiar*” são 0,0 de mediana, 4 de AIQ e 4 de amplitude, com valor máximo de 4 e mínimo 0. Para a subescala “*Falta de apoio profissional*” o valor de mediana é 0,0, a de AIQ 0 e 4 de amplitude, com máximo 4 e mínimo 0. A subescala “*Problemas financeiros*” revela valor mediana de 4,0, 3 de AIQ e 4 de amplitude, com valor máximo de 6 e mínimo 2.

Para cuidadores de utentes com dependência ligeira (42N) os valores obtidos de mediana, AIQ e amplitude para as 7 subescalas são 0,0 de mediana, 4 de AIQ e 20 de amplitude (máximo de 20 e mínimo 0) na subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*”; 9,0 de mediana, 6 de AIQ e 18 de amplitude (valor máximo 18 e mínimo 0) para “*Reações à prestação de cuidados*”; 8,0 de mediana, 6 de AIQ e 14 de amplitude (valor máximo de 15 e mínimo 1) para as dificuldades referentes a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*”; 3,0 de mediana, 4 de AIQ e 9 de amplitude (valor máximo 9 e 0 de mínimo) para “*Restrições na vida social*”; 0,0 de mediana, 0 de AIQ e 5 de amplitude (5 de máximo e 0 de mínimo) na “*Falta de apoio familiar*”; 0,0 de mediana, 0 de AIQ e 6 de amplitude (valor máximo 6 e mínimo 0) para “*Falta de apoio profissional*” e mediana de

4,0, 2 de AIQ e 6 de amplitude (valor máximo 6 e mínimo 0) para dificuldades associadas a “*Problemas financeiros*”.

Tabela 10 – CADI admissão vs MIF total admissão

CADI Admissão	Dependência Grave (1N)			Dependência Moderada (7N)			Dependência Ligeira (42N)		
	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude
Problemas relacionais com a pessoa dependente	5,0	0	0	0,0	6	8 (8-0)	0,0	2	20 (20-0)
Reações à prestação de cuidados	16,0	0	0	12,0	7	12 (18-6)	9,0	6	18 (18-0)
Exigências ordem física na prestação de cuidados	16,0	0	0	12,0	5	15 (18-3)	8,0	6	14 (15-1)
Restrições na vida social	7,0	0	0	6,0	4	7 (9-2)	3,0	4	9 (9-0)
Falta de apoio familiar	0,0	0	0	0,0	4	4 (4-0)	0,0	0	5 (5-0)
Falta de apoio profissional	0,0	0	0	0,0	0	4 (4-0)	0,0	0	6 (6-0)
Problemas financeiros	4,0	0	0	4,0	3	4 (6-2)	4,0	2	6 (6-0)

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

4.5.4. Avaliação da CADI na admissão conforme situação profissional dos cuidadores

A tabela 11 representa os valores obtidos após avaliação da CADI no momento de admissão dos utentes consoante a situação laboral de cada cuidador, sendo 26N cuidadores ativos e 24N inativos.

Para cuidadores ativos os valores obtidos de mediana, AIQ e amplitude para as 7 subescalas são 0,0 de mediana, 4 de AIQ e 20 de amplitude (máximo de 20 e mínimo 0) na subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*”; 11,5 de mediana, 7 de AIQ e 18 de amplitude (valor máximo 18 e mínimo 0) para “*Reações à prestação de cuidados*”; 8,5 de mediana, 6 de AIQ e 17 de amplitude (valor máximo de 18 e mínimo 1) para as dificuldades referentes a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*”; 4,0 de mediana, 5 de AIQ e 9 de amplitude (valor máximo 9 e 0 de mínimo) para “*Restrições na vida social*”; 0,0 de mediana, 1 de AIQ e 4 de amplitude (4 de máximo e 0 de mínimo) na “*Falta de apoio familiar*”; 0,0 de mediana, 0 de AIQ e 4 de amplitude (valor máximo 4 e mínimo 0) para “*Falta de apoio profissional*” e mediana de 4,0, 2 de AIQ e 6 de amplitude (valor máximo 6 e mínimo 0) para dificuldades associadas a “*Problemas financeiros*”.

Para cuidadores inativos as dificuldades potenciais associadas a “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” tem de mediana 0,0 de AIQ 4 e de amplitude 13 com valor máximo de 13 e mínimo 0. Na subescala “*Reações à prestação de cuidados*” os valores obtidos de mediana é 9,5, de AIQ 6 e 16 de amplitude, com máximo 18 e mínimo de 2. As potenciais dificuldades associadas às “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” os valores são 8,0 de mediana, 7 de AIQ e 14 de amplitude, com máximo 15 e 1 de mínimo. Para a subescala referente a “*Restrições na vida social*” a mediana é 3,0, a AIQ 3 e a amplitude de 9, com máximo de 9 e mínimo de 0. Os valores obtidos na subescala “*Falta de apoio familiar*” são 0,0 de mediana, 0 de AIQ e 5 de amplitude, com valor máximo de 5 e mínimo 0. Para a subescala “*Falta de apoio profissional*” o valor de mediana é 0,0, a de AIQ 0 e 6 de amplitude, com máximo 6 e mínimo 0. A subescala “*Problemas financeiros*” revela valor mediana de 4,0, 2 de AIQ e 5 de amplitude, com valor máximo de 5 e mínimo 0.

Tabela 11 – *CADI admissão vs Situação laboral dos cuidadores*

CADI Admissão	Cuidadores Ativos (26 N)			Cuidadores Inativos (24 N)		
	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude
Problemas relacionais com a pessoa dependente	0,0	4	20 (20-0)	0,0	4	13 (13-0)
Reações à prestação de cuidados	11,5	7	18 (18-0)	9,5	6	16 (18-2)
Exigências ordem física na prestação de cuidados	8,5	6	17 (18-1)	8,0	7	14 (15-1)
Restrições na vida social	4,0	5	9 (9-0)	3,0	3	9 (9-0)
Falta de apoio familiar	0,0	1	4 (4-0)	0,0	0	5 (5-0)
Falta de apoio profissional	0,0	0	4 (4-0)	0,0	0	6 (6-0)
Problemas financeiros	4,0	2	6 (6-0)	4,0	2	5 (5-0)

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

4.5.5. Avaliação da CADI na admissão conforme idade dos cuidadores

Da análise da CADI na admissão conforme a idade dos cuidadores os valores obtidos estão identificados na tabela 12.

Cuidadores com idade inferior a 60 anos (29N) os valores obtidos são 0,0 de mediana, 5 de AIQ e 13 de amplitude (máximo de 13 e mínimo 0) na subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*”; 11,0 de mediana, 6 de AIQ e 18 de amplitude (valor máximo 18 e mínimo 0) para “*Reações à prestação de cuidados*”; 8,0 de mediana, 6 de AIQ e 17 de amplitude (valor máximo de 18 e mínimo 1) para as dificuldades referentes a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*”; 4,0 de mediana, 4 de AIQ e 9 de amplitude (valor máximo 9 e 0 de mínimo) para “*Restrições na vida social*”; 0,0 de mediana, 2 de AIQ e 5 de amplitude (5 de máximo e 0 de mínimo) na “*Falta de apoio familiar*”; 0,0 de mediana, 0 de AIQ e 6 de amplitude (valor máximo 6 e mínimo 0) para “*Falta de apoio profissional*” e mediana de 4,0, 2 de AIQ e 6 de amplitude (valor máximo 6 e mínimo 0) para dificuldades associadas a “*Problemas financeiros*”.

Para cuidadores com idade superior ou igual a 60 anos (21N) os valores de mediana, de AIQ e de amplitude são 0,0 de mediana, 2 de AIQ e 20 de amplitude (máximo de 20 e mínimo 0) na subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*”; 9,0 de mediana, 7 de AIQ e 18 de amplitude (valor máximo 18 e mínimo 0) para “*Reações à prestação de cuidados*”; 8,0 de mediana, 7 de AIQ e 14 de amplitude (valor máximo de 15 e mínimo 1) para as dificuldades referentes a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*”; 3,0 de mediana, 5 de AIQ e 9 de amplitude (valor máximo 9 e 0 de mínimo) para “*Restrições na vida social*”; 0,0 de mediana, 0 de AIQ e 4 de amplitude (4 de máximo e 0 de mínimo) na “*Falta de apoio familiar*”; 0,0 de mediana, 2 de AIQ e 0 de amplitude para “*Falta de apoio profissional*” e mediana de 4,0, 3 de AIQ e 6 de amplitude (valor máximo 6 e mínimo 0) para dificuldades associadas a “*Problemas financeiros*”.

Tabela 12 – CADI admissão vs Idade cuidadores

CADI Admissão	Idade <60 (29 N)			Idade ≥60 (21 N)		
	Mediana	AIQ*	Amplitude	Mediana	AIQ*	Amplitude
Problemas relacionais com a pessoa dependente	0,0	5	13 (13-0)	0,0	2	20 (20-0)
Reações à prestação de cuidados	11,0	6	18 (18-0)	9,0	7	18 (18-0)
Exigências ordem física na prestação de cuidados	8,0	6	17 (18-1)	8,0	7	14 (15-1)
Restrições na vida social	4,0	4	9 (9-0)	3,0	5	9 (9-0)
Falta de apoio familiar	0,0	2	5 (5-0)	0,0	0	4 (4-0)
Falta de apoio profissional	0,0	0	6 (6-0)	0,0	2	0 (0-0)
Problemas financeiros	4,0	2	6 (6-0)	4,0	3	6 (6-0)

* Amplitude interquartil (Q3-Q1)

4.6. Análise do destino de alta

4.6.1. Destino de alta conforme idade e estado civil do utente

Da amostra selecionada 7 utentes têm idade inferior a 65 anos. Destes 5 são casados e 2 residem sozinhos. Dos 5 casados, 4 tiveram alta para domicílio sem suporte (80%) e 1 regressou ao domicílio com suporte social. Dos 2 residentes sozinhos ambos tiveram alta para o domicílio com suporte social.

Com idade superior ou igual a 65 anos temos 43 utentes. Desses 43, 14 são casados e 29 residem sozinhos. Dos 14 casados, 7 (50%) regressaram ao domicílio sem suporte, 6 (42,9%) regressaram ao domicílio com suporte e 1 (7,1%) integrou instituição. Dos 29 que residem sozinhos, 14 (48,3%) teve alta para domicílio sem suporte, 10 (34,5%) foi para domicílio com suporte e 5 (17,2%) integraram instituição (tabela 13).

Tabela 13 – Destino de alta vs Idade utentes vs Estado civil utentes

Idade vs Estado Civil			Destino Alta			Total
			Domicílio sem suporte	Domicílio com suporte	Instituição	
< 65	Casado	N	4	1		5
		%	80,0%	20,0%		100,0%
	Vive sozinho	N	0	2		2
		%	0,0%	100,0%		100,0%
Total		N	4	3		7
		%	57,1%	42,9%		100,0%
≥ 65	Casado	N	7	6	1	14
		%	50,0%	42,9%	7,1%	100,0%
	Vive sozinho	N	14	10	5	29
		%	48,3%	34,5%	17,2%	100,0%
Total		N	21	16	6	43
		%	48,8%	37,2%	14,0%	100,0%
Total	Casado	N	11	7	1	19
		%	57,9%	36,8%	5,3%	100,0%
	Vive sozinho	N	14	12	5	31
		%	45,2%	38,7%	16,1%	100,0%
Total		N	25	19	6	50
		%	50,0%	38,0%	12,0%	100,0%

4.6.2. Destino de alta conforme capacidade funcional do utente

Da amostra total de 50 utentes, 1 apresentam dependência grave no momento da alta, 4 apresentam dependência moderada e 45 dependência ligeira. O único utente com dependência grave foi institucionalizado. Dos 4 com dependência moderada, 1 (25%) teve alta para o domicílio sem suporte e 3 (75%) foram institucionalizados. Dos 45 com dependência ligeira, 24 (53,3%) tiveram alta para o domicílio sem suporte, 19 (42,2%) para domicílio com suporte e 2 (4,4%) foram institucionalizados (tabela 14).

Tabela 14 – Destino de alta vs MIF Total alta utente

MIF Total Alta Utente		Destino de Alta			
		Domicílio sem suporte	Domicílio com suporte	Instituição	Total
Dependência Grave	N	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Dependência Moderada	N	1	0	3	4
	%	25,0%	0,0%	75%	100,0%
Dependência Ligeira	N	24	19	2	45
	%	53,3%	42,2%	4,4%	100,0%
Total	N	25	19	6	50
	%	50,0%	38,0%	12,0%	100,0%

4.7. Relação entre a capacidade funcional dos utentes, as dificuldades dos cuidadores identificadas e o destino de alta

Da amostra total 25 utentes regressaram ao domicílio sem suporte com valor médio de MIF de 118,20 correspondente a uma independência completa/modificada, sendo que o valor desvio padrão é 11,56, a mediana de 125,0 e valor mínimo de 74 e máximo de 126. Os cuidadores destes 25 utentes identificaram potenciais dificuldades no ato de cuidar com média de 11,52, desvio padrão de 12,01, mediana de 8,0 e valor mínimo de 0 e máximo 50.

Alta para domicílio, mas com suporte foram 19 utentes da amostra total, tendo como valor médio de MIF 116,84 (independência completa/modificada), 9,11 de desvio padrão, 119,0 de mediana, 100 de valor mínimo e 126 de valor máximo. Destes 19 as dificuldades referidas pelos cuidadores têm média de 16,63, desvio padrão de 15,69, mediana de 14,0, valor mínimo de 1 e máximo de 70.

Dos 6 utentes que foram institucionalizados a média de valor de MIF é de 83,17, correspondente a dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa). O valor de desvio padrão é de 34,89, a mediana de 77,50, valor mínimo de 35 e máximo de 124. Os cuidadores destes 6 utentes identificaram em média 37,33 potenciais dificuldades, tendo desvio padrão de 22,16, mediana de 46,5, valor mínimo de 0 e máximo de 56 (Tabela 15).

Para aceitar ou rejeitar as hipóteses colocadas no estudo foi feita avaliação da existência ou não de evidência estatisticamente significativa. Para tal foi utilizado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, sendo que para a MIF Alta Total o valor de \bar{X}^2 é de 7,346 e de $p=0,025$, para a CADI Total Alta o valor \bar{X}^2 é 7,032 e de $p=0,030$. Assim diz-se que existem diferenças estatisticamente significativas em ambas as variáveis.

Tabela 15 – Destino de alta conforme MIF alta e CADI alta

Destino Alta		MIF Alta total	CADI total Alta
Domicílio sem suporte	Média	118,20	11,52
	N	25	25
	Desvio Padrão	11,56	12,01
	Mediana	125,0	8,0
	Mínimo	74	0
	Máximo	126	50
Domicílio com suporte	Média	116,84	16,63
	N	19	19
	Desvio Padrão	9,11	15,69
	Mediana	119,0	14,0
	Mínimo	100	1
	Máximo	126	70
Instituição	Média	83,17	37,33
	N	6	6
	Desvio Padrão	34,89	22,16
	Mediana	77,5	46,5
	Mínimo	35	0
	Máximo	124	56
Total	Média	113,48	16,56
	N	50	50
	Desvio Padrão	18,67	16,64
	Mediana	119,0	13,50
	Mínimo	35	0
	Máximo	126	70

V – DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstram que a maioria dos prestadores de cuidados são mulheres, o que sustenta o estudo de José e Wall, 2002 e Sequeira, 2010, uma vez que, segundo eles, o cuidado é normalmente assegurado pelo elemento feminino mais próximo.

Relativamente à idade o estudo revela que a média de idades dos cuidadores é de 57,56 anos de idade, idade em que a maioria dos indivíduos ainda se encontra em atividade profissional, conforme confirma o nosso estudo, em que a maioria é ativa. Estes resultados contrariam o referenciado por Sequeira (2007), que refere que a maioria dos cuidadores são domésticos ou não têm atividade laboral.

Apesar de a maioria dos cuidadores ser empregada poucos são aqueles que tiveram que faltar ao trabalho por questões associadas ao utente.

A maioria dos cuidadores referiu ser casado no nosso estudo, conforme refere Sousa, *et al.*, (2004) no seu estudo.

Quando questionado a quem prestam cuidados, a maioria dos cuidadores refere ser ao pai/mãe e ao marido/esposa, contando a maioria, com a colaboração e apoio de instituições. Petronilho (2007) refere que quando os cuidados são partilhados entre a família e os apoios sociais são obtidos melhores ganhos quer para o utente quer para a família, uma vez que reduz a possibilidade de sobrecarga do cuidador.

No que diz respeito aos utentes, a maioria são mulheres, a idade média é de 73,96 anos e a maioria são viúvos, resultados que estão sustentados pelo INE (2003), as mulheres vivem durante mais tempo, mas com maior dependência.

O motivo de internamento foi na maioria por questões do foro neurológico e do foro músculo-esquelético. Estes dados vão ao encontro do que é referido pelo Instituto Nacional de Estatística, que refere que a maioria das doenças crónicas que afetam mais o género feminino, são doenças circulatórias, salientando-se entre estas as doenças cerebrovasculares. Também Sousa *et al.* (2004) referem que 80% das pessoas com mais de 65 anos de idade são portadoras de pelo menos uma doença crónica.

Da avaliação do grau de dependência dos utentes nos três momentos de avaliação, na admissão, após 15 dias de internamento e na alta, há que referir que, independentemente da patologia, a maioria dos utentes apresenta evolução da sua situação funcional. Para utentes com patologia do foro neurológico, o grau de dependência na admissão é inferior comparativamente com os utentes com patologia musculoesquelética ou de outro foro. Utesntes neurológicos têm na admissão uma dependência moderada (assistência de até 25%), assim como os utentes com patologia de outro foro. Apenas os

utentes do foro músculo-esquelético tem na admissão grau de independência completa/modificada.

Analisando a capacidade funcional motora e cognitiva conforme a patologia, há que referir que todos os utentes apresentam melhor capacidade funcional cognitiva do que motora. Verifica-se também com estes resultados que utentes do foro neurológico apresentam menor capacidade funcional motora e cognitiva do que os com patologia músculo-esquelética.

O período de internamento em que se verifica maior evolução funcional é nos primeiros 15 dias, ou seja, o tempo entre a admissão e o segundo momento de avaliação da capacidade funcional dos utentes para todos, independentemente da patologia. Contudo, é para os utentes com patologia do foro neurológico em que se verificam os maiores ganhos, quer nos primeiros 15 dias quer no período total de internamento (30 dias). Esta evolução verifica-se com maior evidência na capacidade funcional motora, sendo que são poucas as alterações nos valores médios da cognitiva independentemente da patologia. Contudo, é nos utentes com patologia do foro músculo-esquelético que se verificam maiores valores de capacidade funcional cognitiva, atingindo praticamente o valor máximo.

Os utentes com patologia de foro variado são os que têm menor evolução funcional, sendo que na capacidade funcional cognitiva não ocorre qualquer alteração entre os momentos de avaliação.

Estes resultados potenciam ao fisioterapeuta adequar a sua intervenção conforme as necessidades dos utentes, mediante a sua situação funcional motora e cognitiva, com vista ao objetivo principal, ganho de autonomia. Everink *et al.* (2016) refere que o regresso ao domicílio é considerado um indicador de sucesso da reabilitação e é frequentemente utilizado como um indicador da qualidade dos cuidados.

Os resultados da avaliação das dificuldades referidas pelos cuidadores no momento de admissão indicam que, na generalidade, os cuidadores não revelaram dificuldades para desempenhar a função de cuidar. Avaliando cada uma das subescalas pelo valor médio que apresentam, mais uma vez constatamos que são poucas as dificuldades referidas, uma vez que em todas as dimensões os valores de tendência central foram inferiores ao ponto central da escala, com exceção da subescala associada aos “*Problemas financeiros*”.

Existem ainda, outras subescalas em que os valores médios se aproximam dos valores de tendência central, tais como: as dificuldades associadas às “*Reações à*

prestação de cuidados”; as dificuldades relacionadas com “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” e ainda as dificuldades de “*Restrições na vida social*”.

No que diz respeito às dificuldades associadas à exigência no ato de cuidar, os resultados do estudo estão em conformidade com Cruz (2010) e Ekwall e Hallberg (2007) que evidenciam que as maiores dificuldades dos cuidadores se prendem com a exigência inerente ao ato de cuidar. Também para Sit *et al.* (2004), Shyu (2000) e Lin *et al.* (2006) os cuidadores identificam como dificuldades as atividades associadas à mobilidade e à locomoção, que se encontram esplanadas nas potenciais dificuldades “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*”.

Relativamente às potenciais dificuldades dos cuidadores relacionadas com as “*Restrições na vida social*”, os resultados do estudo estão em consonância com a literatura. Hankey (2004) e Sequeira (2010) referem nos seus estudos, que os cuidadores como consequência das atividades que desempenham para cuidar, tornam-se instáveis nas relações, podendo mesmo sofrer de conflitos familiares pela incapacidade de prestar atenção aos outros elementos familiares que não o utente. Ainda Petronilho (2007) e Lage (2007) referem que o cuidar pode ocupar de tal forma o tempo do cuidador que este pode ter um decréscimo da sua atividade social.

Os resultados obtidos no estudo associado as dificuldades referidas pelos cuidadores de ordem financeira, vão ao encontro dos obtidos por Quaresma (1996) e Grunfeld *et al.* (2004), que referem que dificuldades económicas têm grande impacto na vida dos cuidadores e que lhe podem provocar sobrecarga.

As dificuldades referidas pelos cuidadores no momento da alta são inferiores comparativamente com as na admissão do utente. Avaliando as dificuldades mais referidas por subescala, apesar de todos os valores terem diminuído, aquelas que apresentam maior número são exatamente as mesmas que na admissão do utente. Pode conjecturar-se que os cuidadores informais referem menores dificuldades no ato de cuidar no momento da alta dos utentes porque, o grau de dependência dos destes é mais elevado, ou seja, quanto mais autónomos os utentes se tornarem, menores necessidades de ajuda terão, logo menor sobrecarga para o cuidador.

Comparando o grau de dependência motora do utente no momento de admissão com as dificuldades referidas pelos cuidadores, verificamos que cuidadores de utentes mais dependentes, ou seja, com dependência grave e moderada referem mais dificuldades. Quando comparados os valores de mediana das subescalas da CADI, dos cuidadores de utentes com dependência grave, com os valores de tendência média, apuramos que as

dificuldades associadas a “*Reações à prestação de cuidados*” a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” a “*Restrições na vida social*” e os “*Problemas financeiros*” atingem valores superiores, o que significa que na generalidade os cuidadores identificam dificuldades nestes domínios.

Para cuidadores de utentes com dependência moderada as subescalas que atingiram valor superior ao ponto médio foram: “*Exigências de ordem física*”, “*Restrições na vida social*” e “*Problemas financeiros*”.

Para cuidadores de utentes com dependência ligeira as subescalas que apresentam maior mediana são “*Reações à prestação de cuidados*” a “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” a “*Restrições na vida social*” e os “*Problemas financeiros*”, sendo que nenhuma delas iguala ou supera o valor de tendência média, com exceção da associada aos “*Problemas Financeiros*”.

Os resultados do estudo vão de encontro à literatura, na medida em que cuidadores de utentes com grande dependência apresentam maior risco de ter sobrecarga comparativamente com os cuidadores de utentes mais independentes (Marques, 2007).

Azeredo (2003) refere que a ajuda nas AVD é considerada a principal fonte de sobrecarga para os cuidadores, logo quanto mais dependente o utente, maior necessidade de ajuda.

Relativamente às dificuldades referentes ao ato de cuidar mediante a situação profissional dos cuidadores, os resultados do nosso estudo revelam que no momento de admissão do utente, os cuidadores ativos referem mais dificuldades do que os inativos, sendo que as dificuldades associadas aos “*Problemas financeiros*” são referidas em igual proporção para os dois grupos. Contudo, podemos referir que apesar do valor médio ser igual nos dois grupos para as subescalas “*Falta de apoio familiar*” e “*Falta de apoio profissional*”, o valor de amplitude é diferente, sendo mais elevado para os inativos, o que quer dizer que pelo menos um cuidador inativo referiu apresentar mais dificuldades nestas duas subescalas do que os ativos.

Uma vez que a maioria dos cuidadores do nosso estudo são mulheres, empregadas e com idade média de 57,56 anos, podemos supor que, conforme é referido por Grunfeld *et al.*, (2004) e Battams (2005), estas apresentam maior número de dificuldades por desempenharem múltiplos papéis, deveres e obrigações na sua vida, nomeadamente a acumulação de tarefas, como o cuidar dos filhos, as atividades domésticas e o próprio desempenho da sua atividade laboral. As dificuldades a nível económico para o grupo

ativo poderão estar associadas ao facto de, por vezes, ser necessário a ausência do local de trabalho, em virtude do cuidar do utente, horas essas que poderão não ser pagas.

Por outro lado, poderá pensar-se que as dificuldades económicas, associadas ao grupo de cuidadores inativos ocorrem, por neste estarem inseridos os desempregados e os domésticos que poderão não auferir de qualquer rendimento.

Relativamente às diferenças nas dificuldades associadas à “*Falta de apoio profissional*”, poderá pensar-se que se deve ao facto de os serviços de apoio profissional serem pagos e os cuidadores inativos não apresentarem capacidade financeira para tal, logo não terem acesso a eles.

Relativamente à idade dos cuidadores, e analisando os valores de CADI obtidos no nosso estudo, verificamos que utentes mais novos identificam maiores dificuldades em todas as subescalas, com exceção dos “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” e das “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” que obtêm valores de ponto central iguais para os dois grupos (cuidadores com idades <60 e ≥ 60). Apesar disso, e analisando os resultados obtidos, verifica-se que o valor de amplitude é diferente, sendo maior para os cuidadores mais jovens na subescala “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” e mais baixo na subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*”. Quer isto dizer que, alguns cuidadores mais jovens identificaram mais dificuldades associadas às “*Exigências ordem física na prestação de cuidados*” subescalas do que os mais velhos, assim como alguns mais velhos identificaram mais dificuldades associadas aos “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” do que os mais novos.

Estes dados estão de acordo com a literatura, na medida que nesta existem estudos que referem os cuidadores mais jovens como os mais vulneráveis e que revelam mais dificuldades e noutros estudos que os identificam como elementos com maior capacidade de adaptação para lidar com os problemas dos utentes, daí poder supor-se que obtêm menor amplitude na subescala “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” (Riedel *et al.*, 1998, Braithwaite 2000, Van den Heuvel *et al.*, 2001).

Pode ainda presumir-se que, os cuidadores mais velhos identificam mais dificuldades nos “*Problemas relacionais com a pessoa dependente*” por apresentarem menos capacidade de adaptação para novas situações, e por serem fisicamente mais debilitados ou dependentes que os mais jovens.

Quanto ao destino de alta do utente conforme a idade e o estado civil, podemos referir que, os resultados obtidos revelam que de uma forma geral os utentes regressam

em maior número ao domicílio sem suporte social, sendo que outros regressam ao domicílio com apoio domiciliário ou frequência em centro de dia e outros ainda são institucionalizados.

Dos utentes que regressam ao domicílio sem suporte e com suporte, a maioria vive sozinho. Estes resultados contrariam a literatura, uma vez que, regressam a casa em maior número os utentes que estão isolados socialmente comparativamente com os casados. Nguyen *et al.* (2007) referem que para utentes com patologia neurológica, nomeadamente AVC, o envolvimento social é um dos fatores mais importantes para o regresso ao domicílio após internamento, uma vez que há necessidade dos utentes, serem ajudados nas suas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais.

Pablo *et al.*, 2004, referem que, para utentes com patologia músculo-esquelética o encaminhamento para instituição ocorre por questões sociais, isto é, por não terem apoio suficiente de qualquer cuidador.

Relativamente aos utentes que foram institucionalizados também a maioria reside sozinho, e neste caso, os resultados estão de acordo com a literatura, conforme foi referido anteriormente.

Quanto ao fator idade, e apesar do número de indivíduos ser diferente, os resultados demonstram que para ambas as idades (<65 e ≥ 65), os utentes regressaram em maior número ao domicílio sem suporte. Para além disso, só os utentes com idade superior ou igual a 65 anos tiveram alta para instituição.

Assim, os resultados do estudo estão em consonância com a literatura. Nguyen *et al.* (2007) e Pereira *et al.* (2014) referem que para indivíduos com sequelas de doença neurológica, a idade mais jovem é preditor de regresso ao domicílio. Pablo *et al.* (2004) aludem que idade avançada é preditor de institucionalização para utentes com patologia do foro musculoesquelético.

Dillingham *et al.*, (2011), mencionam ainda que utentes com sequelas de doença vascular periférica com idade mais jovem, têm maior possibilidade de regressarem ao domicílio, uma vez que normalmente têm maior capacidade funcional e possivelmente têm cuidador disponível.

No que diz respeito ao destino de alta e o grau de independência funcional poderá dizer-se que utentes com dependência grave, isto é, valores de MIF inferiores a 40, têm maior tendência a serem institucionalizados e utentes com dependência ligeira tendem a ter alta para o domicílio sem suporte.

A maioria dos utentes com dependência moderada foi institucionalizada. Podemos supor que para a decisão de destino de alta destes utentes foi perentória as dificuldades dos cuidadores e não a capacidade funcional do utente; ou ainda que, apesar de terem dependência moderada, poderão ter valores mais aproximados aos da dependência grave.

A literatura relaciona o destino de alta com os valores de MIF motora e cognitiva ao invés da total, que é a que consta nos nossos resultados. Contudo, como já foi referido anteriormente, os valores cognitivos para todos os utentes independentemente da patologia não variaram muito nos três momentos de avaliação, sendo que foram atingidos os valores próximos do máximo possível.

São diversos os autores que defendem que utentes com patologia neurológica, com valor de MIF motora mais alta na admissão apresentam maior tendência para o regresso ao domicílio do que aqueles que apresentem valores mais baixos, que têm maior probabilidade de serem institucionalizados. Os autores referem que valores de MIF motora inferiores a 70 e de MIF cognitiva inferior a 25 estão associados a alta para lar de idosos (Sandstrom *et al.*, 1998, Nguyen *et al.*, 2007, Braver *et al.*, 2008, Ostwald *et al.*, 2008, *Canadian Institute for Health Information*, 2009; Badriah *et al.*, 2013).

Canadian Institute for Health Information, (2009), referem que apesar da capacidade motora ser a que prepondera na decisão de destino de alta, a capacidade funcional cognitiva (MIF cognitiva) também é um fator a ter em conta, e quanto maior o seu valor, maior também é a probabilidade de regresso ao domicílio. Para a patologia músculo-esquelética o mesmo se verifica. Pablo *et al.*, 2004, citado por Morrow-Howell e Proctor, referem que um grau de capacidade funcional diminuída antes da alta é fator indicativo de alta para instituição, mesmo que associada a reabilitação.

Wang *et al.*, 2014 referem também que a capacidade motora é o fator mais decisivo no processo de preparação de alta e de regresso ao domicílio, comparativamente com a capacidade cognitiva. Valores de MIF motora maiores ou iguais a 58 são indicativos de um aumento da probabilidade de regressar ao domicílio (Wang *et al.*, 2014).

- H1 – Existem diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes consoante o destino de alta.

Avaliando a relação entre as variáveis podemos referir que quanto maior é a capacidade funcional (MIF Total na alta) maior é a probabilidade do utente regressar ao domicílio com ou sem suporte social. Uteses com grau de independência

completa/modificada tiveram alta para domicílio sem suporte, enquanto que utentes com o mesmo grau mas com valores inferiores de mediana tiveram alta para o domicílio mas com suporte social. Utentes com grau de dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa) foram institucionalizados.

Aplicado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* e analisados os resultados podemos dizer que existem diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes consoante o destino de alta.

- H2 – Existem diferenças significativas na identificação de dificuldades, no ato de cuidar, referidas pelos cuidadores consoante o destino de alta.

Analisando os resultados obtidos para a CADI total na alta, podemos referir que, á medida que os valores de mediana vão aumentando o destino de alta varia de domicílio sem suporte, para domicílio com suporte e institucionalização.

Segundo os resultados do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, podemos referir que existem diferenças significativas na identificação de dificuldades no ato de cuidar referidas pelos cuidadores consoante o destino de alta.

VI- CONCLUSÃO

As conclusões que retiramos do nosso estudo emergem dos objetivos propostos, do enquadramento teórico estruturador da investigação, das hipóteses formuladas e da análise e interpretação dos dados.

O presente estudo pretendia refletir duas vertentes: por um lado as limitações funcionais do utente e a sua evolução funcional ao longo do internamento, e por outro, as necessidades e dificuldades dos cuidadores, ambos fatores decisores de destino de alta.

Deste modo e tendo em atenção o objetivo deste trabalho, bem como as hipóteses formuladas, extraímos as seguintes conclusões:

- Os cuidadores da amostra são majoritariamente mulheres, casadas, de meia-idade, ativas profissionalmente, que prestam cuidados ao seu familiar dependente de forma partilhada na maioria com instituições de apoio social.
- Os utentes da amostra são na sua maioria mulheres, casadas e outras viúvas, com idade média de 73,96 anos de idade, em que as patologias incapacitantes predominantes se incluem nas do foro neurológico e músculo-esquelético.
- A avaliação feita aos utentes no momento da admissão mostra que os utentes do foro neurológico e de outro foro apresentam uma dependência funcional moderada (assistência de até 25%), enquanto que os do foro músculo-esquelético apresenta independência completa/modificada.
- No momento de alta a maioria dos utentes, independentemente da patologia, apresentam independência completa/modificada, com grau de dependência moderada e ligeiro (a maioria).
- O período onde se verifica a maior evolução funcional, independentemente da patologia, é nos primeiros 15 dias de internamento.
- Os utentes do foro neurológicos são os que apresentam maiores ganhos funcionais em todo o período de internamento com maior evidência na capacidade funcional motora.
- Para todos os utentes, independentemente da patologia, não ocorrem grandes alterações na capacidade funcional cognitiva, uma vez que esta, desde a admissão, atinge valores próximos aos máximos.
- Os cuidadores identificam um maior número de dificuldades associadas ao ato de cuidar no momento da admissão comparativamente com o da alta do utente.
- São os cuidadores ativos profissionalmente, com idade inferior a 60 anos, com familiares com dependência moderada que identificam um maior número de dificuldades.
- As potenciais dificuldades mais referidas pelos cuidadores são as associadas a “Reações à prestação de cuidados”, “Exigências de ordem física na prestação de cuidados”, “Restrições na vida social” e “Problemas financeiros”.
- A maioria dos utentes no momento de alta regressaram ao domicílio sem suporte social, em que a maioria vive sozinho.
- Da amostra apenas 6 utentes foram institucionalizados. Têm idade ≥ 65 anos e a maioria residia sozinho antes do internamento.

Na análise de associação entre as variáveis do nosso estudo, constatamos a existência de relações significativas entre:

- Há diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes consoante o destino de alta. Podemos referir que quanto maior a capacidade funcional (MIF Total na alta) maior a probabilidade de o utente regressar ao domicílio com ou sem suporte social.
- Há diferenças significativas na identificação de dificuldades, no ato de cuidar, referidas pelos cuidadores consoante o destino de alta. À medida que os valores da CADI total vão aumentando o destino de alta varia de domicílio sem suporte, para domicílio com suporte e institucionalização.

Quanto ao objetivo do estudo e após análise dos resultados obtidos não podemos dizer que uma variável é perentória perante a outra, uma vez que o que se verifica é que quando uma aumenta a outra diminui, ou seja, quanto maior a capacidade funcional do utente menores são as dificuldades referidas pelos cuidadores. Logo, para o nosso estudo, o destino de alta é influenciado pelas duas variáveis de igual forma.

Em jeito de conclusão, pensamos que este estudo, apesar das limitações inerentes a uma amostra por conveniência, veio confirmar a importância do papel do fisioterapeuta como elemento chave na promoção da independência funcional do utente para o regresso ao domicílio. Veio ainda confirmar a importância do envolvimento do cuidador, por parte do fisioterapeuta e da restante equipa multidisciplinar, na preparação de alta o mais precocemente possível. A avaliação inicial da capacidade funcional do utente permitiu adequar o plano de cuidados e as estratégias de intervenção necessárias para o ganho de autonomia dos utentes. Por outro lado a avaliação inicial das dificuldades dos cuidadores permitiu o envolvimento destes no plano de cuidados, onde lhes foram facultados conhecimentos, técnicas, estratégias e competências para garantirem a continuação da prestação de cuidados no domicílio.

Com a elaboração deste estudo constatamos, assim, que a evolução funcional do utente teve influência nos cuidadores, uma vez que estes, no momento de alta, identificaram menos dificuldades no ato de cuidar do que na admissão, tendo optado pelo domicílio como destino de alta.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

No que concerne à amostra houve, num primeiro momento, a intenção de reunir o maior número de elementos possível e que estes fossem representativos da população em geral. Os dados foram recolhidos na Unidade de Convalescença do HSJB, pelo que consideramos que a nossa amostra deveria ser constituída por um número mais avultado de utentes. Contudo, a limitação temporal, impediu a obtenção de uma amostra elevada, impedindo a realização de generalizações.

Por estarmos cientes das nossas limitações, sugerimos novas investigações nesta área com um número de elementos mais avultado, de forma a que a sua representatividade seja generalizada para a população em geral, e se possível com um follow-up.

Pela homogeneidade da amostra relativamente à capacidade funcional, sugerimos um novo estudo que permita conhecer qual das duas variáveis, capacidade funcional e dificuldades referidas pelos cuidadores, é perentória na decisão do destino de alta. Esta mesma homogeneidade também nos limitou na análise dos resultados obtidos

comparativamente com a literatura, uma vez que, a maioria dos utentes apresentava independência completa/modificada.

Esperamos com este estudo ter contribuído para dar resposta às questões levantadas, sobre os fatores que influenciam a decisão do destino de alta, esclarecendo em que medida a promoção da independência funcional contribuiu para a recuperação da autonomia e consequentemente para o regresso ao domicílio.

VII - BIBLIOGRAFIA

- Abreu, E.; Ramos, S. (2007). “*O regresso a casa do doente vertebro-medular: o papel do prestador de cuidados*”. O portal dos psicólogos.
- Agarwal; V.; McRae, M.P.; Bhardwaj, A.; Teasell, R.W. (2003) “A model to aid in the prediction of discharge location for stroke rehabilitation patients”. *Arch Phys Med Rehabil.* 84, 1703–9.
- Amador, L.F.; Reed, D.; Lehman, C.A. (2007) “The acute care for elders unit: Taking the rehabilitation model into the hospital setting”. *Rehabilitation Nursing*, 32, 126-132.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005). *Padrões de Prática*.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2007). *Boletim informativo*. 4-6.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2012). *Plano Nacional de Saúde*.
- Augusto *et al.* (2005) *Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde, Hospital e parceiros no cuidar*. Edição Formasau, Coimbra

- Azeredo, Z. (2003). “O doente com AVC e o prestador de cuidados”. *Geriatrics*. 15(154), 27-30.
- Badriah, F.; Abe, T.; Miyamoto, H.; Moriya, M.; Babazono, A.; Hagihara, A. (2013) “Interaction effects between rehabilitation effectiveness and discharge destination upon a inpatient’s subsequent functional abilities”. *Rehabil Res Dev*. 50, 821–834.
- Battams, S. (2005). “Understanding the role of family carers in health”. *Carers SA*. 1-12.
- Benvegnu, A. B.; Gomes, L.A.; Souza, C.T. (2008) “Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVC)”. *Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre*. 1(2), 71-77.
- Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Bial.
- Braithwaite, V. (2000) “Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals” *The Gerontologist*. 40(6), 706–717.
- Brauer, S.G.; Bew, P.G.; Kuys, S.S.; Lynch, M.R.; Morrison, G. (2008) “Prediction of discharge destination after stroke using motor assessment scale on Admission: A prospective multisite study”. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 89, 1061-1065.
- Brito, L. (2000) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Canadian Institute for Health Information, (2009) “*Factors Predicting Discharge Home From Inpatient Rehabilitation After Stroke*”. https://secure.cihi.ca/free_products/aib_nrs_stroke_e.pdf
- Canadian Physiotherapy Association (2007). *Home and Continuing Care*.
- Cardoso, A.; Felizardo, H.; Januário, J. (2012) “*O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa*”. In Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. pp. 75-88.
- Carter, N.; Driscoll, M. (2000) “Life begins at forty! Should the route to promoting exercise in elderly people also star in their forties?”. *Physiotherapy*. 86 (2), 85-93.
- Cattani, R.; Girardon-Perlini, N. (2005) “Cuidar Do Idoso Doente No Domicílio Na Voz De Cuidadores Familiares”. *Revista Electrónica De Enfermagem*. 6 (2), 1-24.
- Chartered Society of Physiotherapy (1992) “Physiotherapy with older people in long-stay care”. *Physiotherapy*. 78 (12), 904-906.
- Covinsky, K.E.; Palmer, R.M.; Fortinsky, R.H.; Counsell, S.R.; Stewart, A.L.; Kresevic, D.; Burant, C.J.; Landefeld, C.S. (2003) “Loss of independence in

- activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age”. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51(4), 451-8.
- Cruz, C. (2003). *Satisfação dos utentes dos Centros de Saúde das sub-regiões de Setúbal e Santarém a quem a são prestados cuidados de fisioterapia no âmbito dos cuidados continuados*. Monografia de final de curso de licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
 - Cruz, D.C.; Loureiro, H.A.M.; Silva, M.A.N.C.G.M.M.; Fernandes, M.M. (2010). “As Vivências Do Cuidador Informal Do Idoso Dependente”. *Revista De Enfermagem Referência*. Série 3, 2, 127-136.
 - Deakin, D.E.; Wenn, R.T.; Moran, C.G. (2008) “Factors influencing discharge location following hip fracture”. *Injury*. 39,213–8.
 - Decreto Lei nº 101/06 - D.R., I Série A, nº 109 de 06/06/2006- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-serviconacional-de-saude/cuidados-continuados-de-saude/D.L.%20101-2006%20620Junho.pdf
 - DGS: Direcção-Geral da Saúde (2004) “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”. <http://www.fenacerci.pt/Canal1/CIF.pdf>
 - DGS: Direcção-Geral da Saúde (2004) “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”. Organização mundial de saúde. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
 - Dillingham, T.R.; Yacub, J.N.; Pezzin, L.E. (2011). “Determinants of postacute care discharge destination after dysvascular lower limb amputation”. *PM R*. 3,336–344.
 - Ekwall, A.; Sivberg, B.; Hallberg, I. (2007) “Older caregivers coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life”. *Journal of Advanced Nursing*. 57(6), 584-596.
 - Everink, I.H.J.; van Haastregt, J.C.M.; van Hoof, S.J.M.; Schols, J.M.G.A.; Kempen, G.I.J.M. (2016). Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 16 (5).
 - Exel, N.J.A.V.; Brouwer, W.B.F.; Berg, B.V.B.; Koopmanschap, M.A.; Bos, G.V.D (2004). What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of informal caregiver burden. *Clinical Rehabilitation*. 18, 683-693.
 - Fortin, M. F. (1999) *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Goodhead, A e Macdonald, J. (2007) *Informal caregivers literature Review*. A report pre-pared for the National Health Committee
- Grunfeld, E.; Glossop, R.; McDowell, I.; Danbrook, C. (1997) “Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers”. *CMAJ*. 157(8), 1101-5.
- Guimarães, L. H. C. T.; Galdino, D. C. A.; Martins, F. L. M.; Abreu, S. R.; Lima, M.; Vitorino, D. F. M. (2004) “Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico”. *Revista Neurociência*. 12 (3).
- Hankey, G. J. (2004) “Informal care giving for disabled stroke survivors”. *British Journal Medical*. 328, 1085-1086.
- Hoskins, S.; Coleman, M.; Mcneely, D. (2005) “Stress in carers of individuals with dementia and Community Mental Health Teams: an uncontrolled evaluation study”. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (3), 325-333.
- Instituto Nacional de Estatística –INE (2003): *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. (pp.1-6) Lisboa..
- Jefferson, A.L.; Paul, R.H.; Ozonof, A.; Cohen, R. A. (2006) “Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living”. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 21, 311-320.
- José, S.J.; Wall, K. (2002) “*Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*”. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Kawryshanker, S.; Raymond, W.; Ingram, K.V.; Inderjeeth, C.A. (2014) “Effect of frailty on functional gain, resource utilisation, and discharge destination: An observational prospective study in a GEM ward”. *Current Gerontology and Geriatrics Research*.
- Kimmel, L.A.; Holland, A.E.; Edwards, E.R.; Peter, A.C.; Steiger, R.; Page, R.S.; Gabbe, B. (2012) “Discharge destination following lower limb fracture: development of a prediction model to assist with decision making”. *Injury*. 43,829–834.
- Lage, M. I. G.S. (2007) *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no prestador de cuidados*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto Portugal.
- Lains, J. (1990) *Guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica*. Ed. SMFR/HUC e Research Foundation: State University of New York at Buffalo.

- Lin, P.C.; Hung, S.H.; Liao, M.H.; Sheen, S.Y.; Jong, S. Y. (2006) “Care Needs and Level of Care Difficulty Related to Hip Fractures in Geriatric Populations During the Post-Discharge Transition Period”. *Journal of Nursing Research*. 14(4), 251-259.
- Lutz, B.J. (2004) “Determinants of discharge destination for stroke patients”. *Rehabil Nurs*. 29, 154–63.
- Maramba, P.J.; Richards, S.; Myers, A.L.M.; Larabee, J.H. (2004) “Discharge Planning Process: Applying a Model for Evidence-based Practice”. *Journal of Nursing Care Quality*. 19(2), 123-129.
- Marques, S.C.L. (2007) *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Martin, I. (2005) *O cuidado informal no âmbito social*. In Paúl & Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editora.
- Martins, M. (2002) *Uma Crise Acidental na Família*. Coimbra: Formasau.
- Melo, L., Silva, V. (2003). *Guia para Melhor Idade: Experiência do Viver*. Brasil: INESP.
- Nanjayan, S.K.; John, J.; Swamy, G.; Mitsiou, K.; Tambe, A.; Abuzakuk, T. (2014) “Predictors of change in 'discharge destination' following treatment for fracture neck of fémur”. *Injury*. 45(7), 1080-4.
- Ndaba-Mbata, R. D.; Seloilwe, E. S. (2000) “Home-based care of the terminally ill. in Botswana: knowledge and perceptions”. *International Nursing Review*, 47, 218–223.
- Neri, A. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2002) “*O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais*”. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nguyen, T.A.; Page, A.; Aggarwal, A.; Henke, P. (2007) “Social determinants of discharge destination for patients after stroke with low admission FIM instrument scores”. *Arch Phys Med Rehabil*. 88, 740–744.
- Oliveira, A.; Pimentel, F. (2005) “O desempenho dos cuidados informais na avaliação da qualidade de vida nos doentes oncológicos”. *Psicologia, Saúde e Doença*. 7 (2), 211-219.
- Ostwald, S.K.; Swank, P.R.; Khan, M.M. (2008) “Predictors of functional independence and stress level of stroke survivors at discharge from inpatient rehabilitation”. *J Cardiovas Nurs*. 23(4), 371-77.

- Pablo, P.; Losina, E.; Phillips, C.; Fossel, A. H.; Mahomed, N.; Lingard, E.A.; Katz, J.N. (2004) “Determinants of discharge destination following elective total hip replacement”. *Arthritis & Rheum.* 51, 1009–1017.
- Parahyba, M. I.; Simões, C. C. S. (2006) “Disability prevalence among the elderly in Brazil”. *Ciência & Saúde Colectiva.* 11(4), 967-974.
- Pereira, S.; Foley, N.; Salter, K.; McClure, J.A.; Meyer, M.; Brown, J.; Speechley, M.; Teasel, R. (2014) “Discharge destination of individuals with severe stroke undergoing rehabilitation: a predictive model”. *Disabil Rehabil.* 36(9), 727–73.
- Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS.* 5ª edição. Lisboa, Edições Sílabo.
- Petronilho, F.A.S. (2007) *Preparação do Regresso a Casa.* Coimbra: Formação e Saúde, Lda.
- Portugal, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 281/03. DR SÉRIE I-B de 2003-11-08.
- Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, Despacho Conjunto n.º 407/98. DR SÉRIE I-A de 1998-06-18.
- Quaresma, M. (1996) “*Cuidados familiares às pessoas muito idosas*”. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2006). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. “*Enquadramento das unidades de convalescença na RNCCI no âmbito das experiências piloto*”. : <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Enquadramento%20das%20Unidades%20de%20Convalescen%C3%A7a%20na%20RNCCI%20-%20Resumo%202006.pdf>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2008) Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. “*Relatório semestral de monitorização do desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados em 2008*”. http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/309047D7-97A0-447E-8162-CCC1B8DACF3F/0/RELATORIO_SEMESTRAL_RNCCI_2008.pdf
- Riberto, M.; Miyazaki, M.H.; Jucá, S.S.H.; Sakamoto, H.; Potiguara, P.; Pinto, N.; Battistella, L.R. (2004) “Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional”. *Acta Fisiátrica.* 11 (2), 72-76.
- Riedel, S. E.; Fredman, L.; Langenberg, P. (1998) “Associations Among Caregiving Difficulties Burden and Rewards in Caregivers to older Post-Rehabilitation Patients”. *The Journal of Gerontology.* 53, 165-74.

- Sandstrom, R.; Mokler, P.; Hoppe, K. M. (1998) “Discharge destination and motor function outcome in severe stroke as measured by the functional independence measure/function-related group classification”. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. (79)
- Sequeira, C. (2007) *Cuidar de idosos dependentes*. Editora Quarteto. Coimbra
- Sequeira, C. 1ª edição (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Porto: Editora Lidel.
- Shyu, Y.L.L. (2000) “The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample”. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 619-625.
- Sit, J.W.H.; Wong, T.K.S.; Clinton, M.; Li, L.S.W.; Fong, Y.M. (2004) “Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers”. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 816-824.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004) *Envelhecer em Família, os cuidados familiares na velhice*, Porto, Ambar.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. “*Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*”. <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E8D26484-AD8E-4C7F-9364-8641579A1FBF/8096/20070320UMCCIOrientacoes.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (s.d.). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. “*Manual de planeamento e gestão de altas*”. <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (s.d.). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. “*Manual de procedimentos de referência*”. [www.socialgest.pt/dlds/CC manual procedimentos referenciacao.pdf](http://www.socialgest.pt/dlds/CC_manual_procedimentos_referenciacao.pdf)
- Van den Heuvel, E.T.; Witte, L.P.; Schure, L.M.; Sanderman, R.; Meyboom-de Jong, B. (2001) “Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention”. *Clin Rehabil*. 15, 669-77.
- Wang, C.Y.; Graham, J.E.; Karmarkar, A.M.; Reistetter, T.A.; Protas, E.J.; Ottenbacher, K. J. (2014) “FIM motor scores for classifying community discharge after inpatient rehabilitation for hip fracture. The journal of injury, function on rehabilitation”. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. 6(6):493-7.

- Williams, C.; Thorpe, R.; Harris, H.; Barrett, C.; Rorison, F. (2006) “Going home from hospital and carers in rural and remote Queensland Australian”. *Journal of Rural Health*. 14, 9-13.

ANEXO I

MIF - Medida de Independência Funcional

Nome da/o utente:			
N i v e i s	7 - Independência completa (em segurança e em tempo normal)	Sem	
	5 - Independência modificada (dispositivo)	Ajuda	
	Dependência Modificada		
	5 - Supervisão		
	4 - Ajuda mínima (indivíduo >= 75%)		
	3 - Ajuda moderada (Indivíduo >=50%)	Ajuda	
Dependência Completa			
2 - Ajuda máxima (indivíduo >= 25%)			
1 - Ajuda total (indivíduo <25%)			
	Cuidado	15 dias	Ajuda
Data			
<u>AUTO CUIDADOS</u>			
A - Alimentação			
E - Higiene Pessoal			
C - Banho			
D - Vestir metade superior			
E - Vestir metade inferior			
F - Utilização da sanita			
<u>CONTROLO DOS ESFINCTERES</u>			
G - Fezes			
H - Intestino			
<u>MOBILIDADE</u>			
TRANSFERÊNCIAS			
I - Leito, Cadeira, Cadeira de rodas			
J - Sanita			
K - Banheira, Duche			
<u>LOCOMOÇÃO</u>			
L - Marcha/ Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
M - Escadas			
<u>COMUNICAÇÃO</u>			
N - Compreensão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
O - Expressão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>CONSCÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</u>			
P - Interação social			
Q - Resolução dos problemas			
R - Memória			
TOTAL			
NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1			

Dos 18 itens avaliados podem ser identificadas duas subescalas:

- Motora que agrega 13 itens referentes a Autocuidados (6 itens com score de 42/126), Controle dos esfínteres (2 itens com score de 14/126),

Mobilidade/Transferência (3 itens com score de 21/126), e Locomoção (2 itens com score de 14/126);

- Cognitiva que agrega 5 itens referentes a Comunicação (2 itens com score de 14/126) e Cognição social (3 itens com score de 21/126).

A pontuação de cada item varia de um a sete (1 – 7), de acordo com o grau de dependência:

- 7- Independência completa;
- 6- Independência modificada;
- 5- Supervisão;
- 4- Ajuda mínima (indivíduo realiza $\geq 75\%$ da tarefa);
- 3- Ajuda moderada (indivíduo realiza $\geq 50\%$ da tarefa);
- 2- Ajuda máxima (indivíduo realiza $\geq 25\%$ da tarefa),
- 1- Ajuda total.

A MIF total pode ser dividida em quatro subscores, de acordo com a pontuação total obtida:

- * 18 pontos: dependência completa (assistência total);
- * 19 – 60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa);
- * 61 – 103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa);
- * 104 – 126 pontos: independência completa / modificada

Cada item é analisado pela soma de suas categorias referentes. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência e assim sucessivamente (Riberto *et al.*, 2004).

Incapacidade funcional classificação:

- * Grave MIF <40
- * 80>MIF>40 Moderada
- * MIF>80 Ligeira

ANEXO II

CADI - Questionário de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores

CADI - Carer's Assessment Difficulties Index

Nome do/a cuidador/a: _____

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas" / sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				

ANEXO III
Apreciação da Comissão de Ética
da Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra



COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **112-CE-2014**

Data 17/11/2014

C/conhecimento ao aluno

Exmo Senhor

Prof. Doutor Armando Carvalho

Coordenador do Gabinete de Estudos

Avançados da FMUC

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos (refª CE-108/2014)

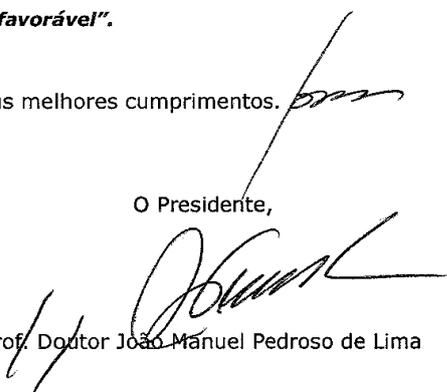
Candidato(a): Ana Filipa Lopes Carvalho

Título do Projecto: "Internamento na rede de cuidados continuados e o destino pós alta: Importância da funcionalidade do doente e as dificuldades da família"

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos.

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

ANEXO IV

**Pedido de autorização para a colheita dos dados
na Unidade de Convalescença do Hospital
São João Batista de Entroncamento**

Ana Filipa Lopes Carvalho
Rua das Flores nº 18
2330- 121 Entroncamento

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO ENTRONCAMENTO	
DESPACHO n.º 378 RH. Diferido. O PROVIDOR	Recebido 20/11/14 Respondido 02/12/2014

Ex.º Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento
Rua da Misericórdia
2330-117 Entroncamento

Assunto: Colheita de dados para Tese de Mestrado de Cuidados Continuados e Paliativos

Ana Filipa Lopes Carvalho, funcionária nesta instituição, encontrando-se a frequentar o Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, vem solicitar a V. Exa. autorização para a consulta de dados e a realização de entrevistas com aplicação de questionários aos utentes e respetivos cuidadores da Unidade de Cuidados Continuados - Convalescença, a fim de serem utilizados na Dissertação que se encontra a realizar, sob orientação do Prof. Dr. João Páscoa Pinheiro e Dr. João Paulo Branco, sobre o tema "Internamento na rede de cuidados continuados e o destino pós alta: importância da funcionalidade do doente e as dificuldades da família".

Os dados que pretende consultar destinam-se a identificar a população de utentes e cuidadores que se encontram na situação em estudo – situação de dependência dos utentes e dificuldades na prestação de cuidados dos cuidadores - bem como as suas características. As entrevistas e a aplicação de questionários destinam-se a contribuir para o estudo que está a ser desenvolvido com o objetivo de avaliar a funcionalidade dos utentes da Unidade de Convalescença (UC) da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento (SCME) utilizando a da escala de Medida de Independência Funcional (MIF); avaliar a dificuldade que os cuidadores informais destes utilizando o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI); correlacionar os resultados dos dois instrumentos métricos com o destino pós alta.

Sr. Provedor:

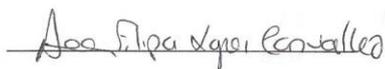
Pedido para a tese de mestrado da físiol. Ana Filipa Carvalho,
cuja orientação é do Prof. Dr. João Páscoa Pinheiro e
Dr. João Paulo Branco. 20/11/14

A participação dos utentes e cuidadores da Unidade de Cuidados Continuados - Convalescença será voluntária, e em relação a todos os dados recolhidos será mantido o anonimato, atendendo-se também ao respeito pelo sigilo profissional da instituição.

Um exemplar do trabalho final será enviado a V. Ex^a, se entender de interesse.

Desde já agradecendo toda a atenção dispensada, e estando disponível para os esclarecimentos que forem julgados necessários, com os melhores cumprimentos

Entroncamento, 20 de Novembro e 2014



(Ana Filipa Lopes Carvalho)

APÊNDICE I

Questionário sociodemográfico para cuidadores e utentes

QUESTIONÁRIO GERAL - Parte I

Por favor, assinale com a condição que se aplica à sua situação e preencha os espaços disponíveis para o caso de precisar de especificar algum dos itens.

Nome da/o utente: _____

A – Prestador de Cuidados a pessoa dependente

- I. Sexo
1. Feminino
 2. Masculino
- II. Idade: _____
- III. Estado Civil
1. Casado
 2. Solteiro
 3. Divorciado
 4. Viúvo
 5. Viver maritalmente
- IV. Escolaridade
1. Não sabe ler nem escrever
 2. 1º ciclo do ensino básico incompleto
 3. 1º ciclo do ensino básico completo
 4. 2º ciclo do ensino básico
 5. 3º ciclo do ensino básico
 6. Ensino superior
- V. Situação perante o trabalho
1. Empregado
 2. Desempregado
 3. Doméstico
 4. Estudante
 5. Reformado/aposentado
 6. Outro: _____
- VI. Pessoa a quem presta cuidados
1. Pai/Mãe
 2. Marido/Esposa
 3. Sogro/Sogra
 4. Avô/Avó
 5. Irmão/Irmã
 6. Amigo/Vizinho
 7. Outro: _____
- VII. Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados
1. Sim
 2. Não
- VIII. Partilha as responsabilidades da prestação de cuidados com alguém
1. Não
 2. Sim
- Se sim com quem?: _____
- IX. Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivo de doença da pessoa de quem está a cuidar?

1. Não
2. Sim

Se sim, especifique, por favor: _____

Parte II

B – Pessoa Dependente

- I. Sexo
 1. Feminino
 2. Masculino

- II. Idade: _____

- III. Estado Civil
 1. Casado
 2. Solteiro
 3. Divorciado
 4. Viúvo
 5. Viver maritalmente

- IV. Escolaridade
 1. Não sabe ler nem escrever
 2. 1º ciclo do ensino básico incompleto
 3. 1º ciclo do ensino básico completo
 4. 2º ciclo do ensino básico
 5. 3º ciclo do ensino básico
 6. Ensino superior

- V. Patologia _____
–

- VI. Data de alta do hospital de agudo _____

- VII. Data de internamento na UCCI _____