



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Luísa Catarina Barbosa Cardoso

A FUNCIONALIDADE COMO ELEMENTO
PREDITOR NUMA UNIDADE DE
CONVALESCENÇA
ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, orientada pelo Professor Doutor João José Carreiro Páscoa Pinheiro e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Maio de 2023

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

A Funcionalidade como Elemento Preditivo numa Unidade de Convalescença



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Luísa Catarina Barbosa Cardoso

Aluna de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Portugal.

João Páscoa Pinheiro

Professor Associado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

Agradecimentos

Chegou o momento em que posso expressar minha gratidão às várias pessoas que contribuíram para a conclusão deste projeto.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Senhor Professor Doutor João Páscoa Pinheiro, pela constante disponibilidade, preciosa orientação, incentivo ao longo do projeto. Agradeço as valiosas sugestões e comentários sempre pertinentes, mas também a sua simpatia e paciência. Foi um prazer poder compartilhar com o Senhor Professor esta etapa do meu percurso académico.

À Senhora Professora Doutora Margarida Pocinho, pela disponibilidade e amabilidade, pela ajuda e conselhos prestados, na análise estatística.

Agradeço à Assistente Técnica Silvia Pereira, pela disponibilidade e ajuda prestada na organização dos contactos dos participantes do estudo. Também gostaria de agradecer aos participantes deste estudo e suas famílias, sem os quais esta pesquisa não teria sido possível, agradeço a disponibilidade e todas as palavras de apreço que me dedicaram e incentivo.

À minha colega de trabalho e grande amiga Sara Vilão, por me ouvir, partilhar as minhas alegrias e ansiedades e pelos ótimos Brainstorming tão produtivos. Aos meus amigos, pela compreensão, paciência e incentivo ao longo deste processo.

Por último, à minha família! Aos meus pais e irmãos pelo incentivo e apoio incondicional. Ao meu marido e filhos pelo encorajamento, ânimo, apoio e muita paciência para com a minha alienação, falta de tempo e temperamento volátil!

A todos,

Muito obrigada!!

Resumo

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada com o intuito de dar resposta aos novos desafios colocados pelo envelhecimento populacional, acrescido da carga crescente das doenças crónicas, as multimorbilidades e a dependência funcional. Dos princípios orientadores na Rede surge o conceito de continuidade de cuidados, focado da dependência numa perspetiva de modelo integrativo de cuidados de saúde e apoio social. A tipologia de Convalescença, destina-se a utentes agudos ou crónicos com descompensação da sua situação clínica, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. A referenciação de indivíduos para o internamento de convalescença segue critérios, de entre os quais, a indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias. No final do internamento é expectável que os indivíduos estejam autónomos ou com um nível de funcionalidade que lhes permita regressar a sua situação pré-evento.

Objetivos: Perceber se o nível funcional na admissão dos indivíduos numa Unidade de Convalescença (UC) é um preditor dos ganhos funcionais esperados para um internamento de 30 dias; identificar um nível funcional para o qual os utentes devem ser referenciados para Unidade de Convalescença ou encaminhados para outras tipologias.

Metodologia: Efetuou-se um estudo observacional, retrospectivo, analítico e transversal, numa amostra de 290 indivíduos numa UC entre junho de 2020 e maio de 2022. Os diagnósticos de admissão dos indivíduos foram agrupados segundo a CID 11. Os dados foram recolhidos de um ficheiro de trabalho, com os registos da aplicação do Índice de Barthel (IB) e Medida de Independência Funcional (MIF) na admissão e na alta dos indivíduos da Unidade. A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva e estatística inferencial para análise das variáveis e aplicação de curvas de ROC retrospectivamente para calcular estatisticamente o ponto de corte no IB e MIF na admissão e alta em função do destino da alta dos indivíduos.

Resultados: Os diagnósticos de admissão dos indivíduos, classificados pela CID 11, não influenciam o nível funcional na admissão nem na alta; existe uma correlação entre a idade e o nível funcional, verificando-se que quanto maior a idade dos indivíduos menor a capacidade funcional; determinou-se um ponto de corte para cada instrumento de medida sendo ≥ 55 para o IB e ≥ 83 para a MIF, que determinam com boa sensibilidade e especificidade uma elevada probabilidade de regresso ao domicílio no final do internamento; identificaram-se outros fatores como a retaguarda sociofamiliar que puderam ter influência na determinação do destino da alta.

Discussão e Conclusão: Os indivíduos com maior nível funcional na alta, na sua maioria, são os que regressam ao domicílio e os indivíduos com menor nível funcional permanecem mais tempo na Unidade a aguardar transferência para outras tipologias. Este estudo demonstrou a possibilidade de encontrar um ponto de corte a nível da funcionalidade, no momento de admissão dos utentes numa UC. Os valores do IB e da MIF superiores ao ponto de corte, sugerem uma probabilidade do regresso ao domicílio. No entanto, aqueles com níveis funcionais abaixo desses pontos de corte aumentam a demanda por outras respostas na Rede, levando a uma duplicação de respostas e gastos em saúde. Consideramos necessária uma replicação deste estudo em outras UC, bem como em outras tipologias de prestação de cuidados da Rede. A gestão dos ganhos funcionais e a análise dos pontos

de corte, poderiam promover uma nova identificação de critérios de referência e gestão sustentada.

Palavras-chave: capacidade funcional; dependência funcional; níveis de dependência preditor; Unidade de Convalescença.

Abstract

The National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI) was created to respond to the new challenges posed by an aging population, the growing burden of chronic diseases, multimorbidity, and functional dependence. The guiding principles of the Network include the concept of continuity of care, focused on dependency from an integrative model of healthcare and social support. The Convalescence typology is intended for acute or chronic users with decompensation of their clinical situation, promoting autonomy and improving functionality through rehabilitation, readaptation, and family and social reintegration. Individuals are referred to convalescence internment based on criteria, including an indication for a physical rehabilitation program with a predicted duration of 30 days or less. At the end of the internment, individuals are expected to be autonomous or have a level of functionality that allows them to return to their pre-event situation. **Objectives:** To understand whether the functional level upon admission of individuals to a Convalescence Unit (CU) is a predictor of expected functional gains for a 30-day internment and to identify a functional level for which users should be referred to a Convalescence Unit or directed to other typologies. **Methodology:** An observational, retrospective, analytical, and cross-sectional study was conducted on a sample of 290 individuals in a healthcare unit between June 2020 and May 2022. The admission diagnoses of the individuals were grouped according to the ICD-11. Data were collected from a working file, with records of the application of the Barthel Index (BI) and the Functional Independence Measure (FIM) at admission and discharge of the individuals in the unit. Statistical analysis involved descriptive and inferential statistics to analyse the variables and the retrospective application of ROC curves to statistically calculate the cut-off point in BI and FIM at admission and discharge based on the individuals' discharge destination. **Results:** The entry diagnoses of individuals, classified by ICD 11, did not influence the functional level upon admission or discharge. There is a correlation between age and functional level, with older individuals having lower functional capacity. A cut-off point was determined for each measurement instrument, being ≥ 55 for the BI and ≥ 83 for the FIM, which with good sensitivity and specificity determine a high probability of returning home at the end of the internment. Other factor such as socio-familial support was identified as potentially influencing the determination of the discharge destination. **Discussion and Conclusion:** Individuals with higher functional levels at discharge are mostly those who return home, and those with lower functional levels remain in the unit longer awaiting transfer to other typologies. This study demonstrated the possibility of finding a functional cut-off point upon admission of users to a CU. BI and FIM values above the cut-off point suggest a probability of returning home. However, those with functional levels below these cut-off points increase the demand for other responses in the Network, leading to duplication of

responses and health expenditures. We consider it necessary to replicate this study in other CU, as well as in other typologies of care provision within the Network. The management of functional gains and the analysis of cut-off points could promote a new identification of referral criteria and sustainable management.

Keywords: functional capacity; functional dependence; predictor; dependence levels; Convalescence Unit.

Siglas, abreviaturas e símbolos

AUC – Area Under the Curve (Área sob a curva)

AVD – Atividades da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

CC – Cuidados Continuados

CID – Classificação Internacional de Doença

CIF – Classificação Internacional de funcionalidade

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de coordenação regional

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

DGS – Direção Geral de Saúde

EGA – Equipa de gestão de Altas

IB – Índice de Barthel

INE – Instituto Nacional de Estatística

LTC – Long Term-Care (Cuidados de longa duração)

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PII – Plano de Intervenção Individual

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

ROC – Receiver Operating Characteristic (Curva característica de operação de recetor)

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada

ULDm – Unidade de Longa duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Media Duração e reabilitação

USF – Unidade de saúde Familiar

% - percentagem

N – Tamanho da amostra

X^2 – Qui-quadrado

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Siglas, abreviaturas e símbolos	vi
Índice de Tabelas	x
Índice de Figuras.....	x
Introdução	1
<i>I Enquadramento Teórico</i>	3
1 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	3
1.2 – Os objetivos da RNCCI.....	4
1.3 – A prestação de cuidados.....	5
1.4 – As orientações da Rede.....	6
1.4.1 – As orientações gerais.....	6
1.4.2 – As orientações específicas.....	7
1.5 – O processo de referenciação.....	7
1.6 – As Unidade de Convalescença.....	9
1.7 – Caracterização dos utentes internados na RNCCI e nas UC.....	10
1.7.1 – Uteses internados na RNCCI	10
1.7.2 – Uteses internados nas UC.....	11
1.8 – A mobilidade na Rede	13
2 – O envelhecimento populacional	13
2.1 – O envelhecimento em Portugal	14
2.2 – Envelhecimento e multimorbilidades – impacto na capacidade funcional	17
2.3 – Multimorbilidades e incapacidade – impacto e implicações no sistema de saúde	19
2.4 – Envelhecimento é sinonimo de incapacidade? O que reservará o futuro!	22
<i>II – Metodologia</i>	25
1 – Metodologia	25
1.1 – Questões de investigação e Hipóteses de estudo	25
1.2 – Tipo de estudo e desenho metodológico	26
1.2.1 – Critérios de inclusão e exclusão de indivíduos na amostra.....	26
1.3 – Recolha de Dados	27

1.4 – Instrumentos de Medida	27
1.5 – Questões éticas, autorização e de confidencialidade.....	29
1.6 – Estratégia para análise dos dados.....	30
2 – Apresentação dos dados.....	31
2.1 – Caracterização geral da amostra	32
3 – Resultados	33
Caracterização Clínica da amostra.....	33
3.1 – Capacidade funcional e destino pós alta	47
3.2 – Grupos de alta e Situação Sociofamiliar	50
4 – Discussão	53
5 – Limitações do estudo	58
6 – Conclusão	59
Bibliografia	60
Anexos	69

Índice de Tabelas

Tabela 1- Motivos de Referência Rede Geral - UC, UMDR e ULDM -----	12
Tabela 2 - Caracterização da amostra -----	32
Tabela 3 - Classificação das doenças segundo a CID 11 -----	35
Tabela 4 - Diagnóstico de Admissão e CID 11-----	36
Tabela 5 - Número de dias de internamento -----	37
Tabela 6 - Local do destino após alta-----	37
Tabela 7 - Destino pós alta por grupos -----	38
Tabela 8 - Instrumentos de Medida de Funcionalidade -----	39
Tabela 9 - Comparação IB e MIF admissão e alta -----	40
Tabela 10 - Tamanho de efeito de amostra em pares -----	40
Tabela 11 - Correlação entre CID11 e capacidade funcional na admissão e na alta----	41
Tabela 12 - Correlação entre idade e capacidade funcional -----	42
Tabela 13 - Área sobre a curva - IB -----	43
Tabela 14 - Índice de Youden para curva IB-----	43
Tabela 15 - Área sobre a curva – MIF -----	44
Tabela 16 - Índice de Youden para Curva MIF -----	45
Tabela 17 - Ponto de corte no IB e destino pós alta-----	45
Tabela 18 - Ponto de corte na MIF e destino pós alta -----	46
Tabela 19 - Área sobre a curva - IB alta -----	47
Tabela 20 - Índice de Youden para curva IB - alta -----	48
Tabela 21 - Área sobre a curva - MIF alta-----	48
Tabela 22 - Índice de Youden para Curva MIF - alta -----	49
Tabela 23 - Índice de Barthel na alta e destino na alta-----	49
Tabela 24 - Medida de Independência Funcional na alta e destino de alta-----	50
Tabela 25 - Ponto corte IB alta, destino alta e situação sociofamiliar-----	51
Tabela 26 - Ponto corte MIF alta, destino de alta e situação sociofamiliar-----	52

Índice de Figuras

Figura 1 - Relação entre o IB e a MIF na admissão.	39
Figura 2 - Relação entre o IB e a MIF na alta.....	39
Figura 3 - Curva de ROC para valores de Índice de Barthel na admissão.....	42
Figura 4 - Curva de ROC para MIF na admissão.....	44
Figura 5 - Curva ROC para valores do Índice de Barthel na alta.	47
Figura 6 - Curva ROC para valores da Medida de Independência Funcional na alta...	48

Introdução

O Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), criado em 1979, é um modelo que assenta numa combinação de fontes de financiamento com o objetivo de promover, recuperar e manter a saúde da população. Quatro décadas depois da sua criação, muitas mudanças ocorreram na saúde dos portugueses, e este, foi criado para uma realidade muito diferente da atual, quer em termos demográficos como epidemiológicos.

O aumento da esperança média de vida, em aproximadamente 20 anos, desde a criação dos SNS, o acentuar do envelhecimento demográfico, o aumento do índice de pobreza nos mais idosos, o crescente número de idosos a viverem sozinhos, acrescido com o aumento da carga das doenças crónicas, multimorbilidades e dependência funcional, colocam um enorme repto ao SNS assim como às políticas de Saúde (INE, 2021c)(INE, 2021b).

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), surgiu para tentar dar resposta a pressão exercida por estas novas circunstâncias. Veio tentar colmatar as lacunas da insuficiência de meios, para satisfazer necessidades (doenças crónicas e fragilidades geriátricas), que condicionavam o internamento em Unidades hospitalares de cuidados de agudos (Cruz, 2016).

A Rede, veio pelas suas características focar-se na dependência, na perda de autonomia, assumindo a integração de cuidados entre a saúde e os cuidados sociais. Surge o conceito de continuidade de cuidados, garantindo que uma pessoa dependente nunca deixará de receber os cuidados que precisa(M. Lopes & Sakellarides, 2021).

A prestação de cuidados na Rede tem evoluído, verificando-se uma transformação progressiva entre o modelo biomédico para um modelo biopsicossocial. Vários desafios se colocam ao futuro da Rede, desde a sua sustentabilidade à prestação de cuidados mais diferenciados. Passados mais de 15 anos da sua criação, verifica-se uma necessidade urgente de reavaliação global. Existe a necessidade de repensar, quer nos cuidados praticados, quer na forma que os utentes se movimentam dentro desta, desde a referenciação, avaliação, planeamento de alta, apreciação da sua situação sociofamiliar, assim como alternativas que o SNS pode oferecer de forma a descongestionar a Rede, utilizada cada vez mais para resolução de problemas sociais.

A referenciação para as unidades das várias tipologias da Rede, tem como base o julgamento dos profissionais das Equipas de Gestão de Alta (EGA), segundo a

previsibilidade de recuperação de um estado de dependência. Este estudo tem como objetivo perceber se o nível funcional na admissão dos utentes numa Unidade de Convalescência, pode ser um preditor dos ganhos funcionais esperados para um internamento de 30 dias, percebendo assim se é possível identificar um nível funcional para o qual os utentes devem ser referenciados para a Unidade de Convalescência ou encaminhados para outras tipologias.

A determinação de um nível funcional e de outros critérios identificáveis, à data da referenciação para as Unidades, permite uma referenciação mais assertiva, fundamentada com repercussões nos custos, muitas vezes, aumentados pela transição dos utentes pelas várias tipologias da Rede, na procura da solução, quer para a perda de autonomia e funcionalidade, quer para os problemas sociofamiliares.

I Enquadramento Teórico

1 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Esta Rede foi criada em 2006 pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (Ministério da Saúde, 2006) e resulta de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS).

A Rede é um conjunto estruturado de unidades (internamento e ambulatório) e equipas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência com falta ou perda de autonomia. A criação da Rede veio dar resposta à pressão exercida pela população idosa e pelas multimorbilidades no Serviço Nacional de Saúde (SNS), consolidada com a insuficiência de meios para satisfazer necessidades (doenças crónicas e fragilidades geriátricas) e no prolongamento, não justificado, do internamento em unidades hospitalares de cuidados agudos (Pereira, 2008) (Cruz, 2016).

A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados no local de residência do utente e, quando tal não for possível, em locais especificamente equipados para o efeito (ISS, 2021).

Os princípios desta rede assentam na prestação individualizada e humanizada de cuidados clínicos, garantindo a articulação e continuidade destes cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação.

Pretendem ainda promover (Girão & Guerreiro, 2011):

- A equidade no acesso e mobilidade entre tipologias e equipas da RNCCI permitindo proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços integrados na comunidade;

- A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- A avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- A promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- a participação do utente e seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e coresponsabilização na prestação de cuidados;
- A eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

1.2 – Os objetivos da RNCCI

Esta Rede tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica conforme descrito no Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

O internamento em unidades de convalescença e em unidades de cuidados paliativos não tem custos para o utente. Nos casos de permanência em unidades de internamento de média e de longa duração os custos dependem da capacidade económica de cada utente e família (Girão & Guerreiro, 2011) (Finanças, Trabalho, 2021).

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório, de equipas hospitalares e domiciliárias, a saber:

- Unidades de internamento: Unidades de Convalescença (UC); Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e unidades de cuidados paliativos (assim, as unidades de cuidados paliativos, em

funcionamento nas instituições hospitalares públicas, criadas ao abrigo do diploma acima mencionado, são integradas na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), passando a funcionar como unidades de cuidados paliativos hospitalares, de forma a assegurar o acompanhamento das situações paliativas mais complexas e a continuidade de cuidados de que o doente necessita);

- Unidades de ambulatório: unidade de dia e de promoção de autonomia;
- Equipas hospitalares: equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (estas equipas passaram a ser regulamentadas pela RNCP) (Girão & Guerreiro, 2011)(Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012).

1.3 – A prestação de cuidados

O âmbito de intervenção na RNCCI fundamenta-se no princípio dos 3 R's, nomeadamente a "Reabilitação, Readaptação, Reinserção".

Para o seu cumprimento deve proceder-se ao cumprimento dos seguintes itens:

- A avaliação multidisciplinar do utente (inicial, contínua e final com revisão do plano de cuidados);
- A promoção integrada de autonomia através da elaboração do Plano Individual de Cuidados e da Capacitação do Cuidador informal;
- O acompanhamento e avaliação contínua e revisão do plano de cuidados.(Girão & Guerreiro, 2011)

A prestação de cuidados de saúde na Rede é centrada no utente. Para tal, é necessária uma abordagem bem planeada de cuidados de saúde e de apoio social. A planificação partilhada de objetivos deve ser determinada em períodos de tempo e constar no Plano

Individual de Intervenção (PII). Este tipo de abordagem implica o envolvimento da família/cuidador informal e utente na elaboração do PII, tendo em conta as suas capacidades, preferências e necessidades.

Um cuidado de saúde integrado parte do reconhecimento de que os profissionais de ação social e de saúde são parte de um mesmo sistema, em que os recursos existentes e os objetivos são partilhados.

Na doença crónica, particularmente, é importante para o utente perceber que apesar da situação de doença é possível continuar a desenvolver atividades no dia a dia, ainda que de uma forma adaptada. Para assegurar a melhor qualidade de vida possível, é necessária a compreensão das necessidades e limitações, mas também da potencialidade e recursos existentes, de forma a permitir a disponibilização dos suportes promotores de autonomia. Concretamente a “A manutenção da mobilidade funcional é um dos principais objetivos dos cuidados a prestar nos serviços da RNCCI” (Girão & Guerreiro, 2011).

1.4 – As orientações da Rede

A Rede gere-se por um conjunto de orientações, de natureza geral e de natureza específica que pretendem uniformizar e homogeneizar o processo de prestação de cuidados assistenciais.

1.4.1 – As orientações gerais

Estas orientações prendem-se com a identificação das necessidades e limitações, planeando e promovendo todo o tipo de atividades para capacitar os indivíduos em todas as tarefas funcionais e da vida diária. As orientações gerais prendem-se também

com o envolvimento do cuidador e do utente em todo o processo de reabilitação e recuperação, na educação e informação da família e cuidador.

O Manual do Prestador ainda recomenda, a articulação com a entidade promotora do voluntariado, a integração dos voluntários na unidade e papel a desempenhar (Girão & Guerreiro, 2011).

1.4.2 – As orientações específicas

Estas orientações prendem-se com indicações sobre condições e estados de saúde particulares com ênfase no utente em todas as vertentes (física, psíquica e social).

As orientações específicas referem-se concretamente à promoção da mobilidade, à prevenção de quedas, à promoção da cognição e estado emocional, à manutenção da integridade cutânea, à promoção do bom estado nutricional e à promoção do controlo de esfíncteres (Girão & Guerreiro, 2011) (Ministério da Saúde, 2006).

1.5 – O processo de referenciação

A referenciação para a RNCCI foi normalizada em 2008 pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), com a aprovação do Manual de Planeamento e Gestão de Altas, tendo como objetivos a garantia da continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos doentes (Rainho et al., 2020).

A referenciação dos utentes para ingresso na rede, é efetuada por profissionais que constituem uma equipa de referenciação (Equipa de Gestão de Alta - EGA), localizadas em hospitais do SNS, nas Unidades de Saúde Familiar (USF), nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) dos Agrupamentos de Centros de Saúde. A proposta de admissão é depois enviada para a Equipa Coordenação Local (ECL) da

área de residência do utente, que avalia e valida os critérios e toma os procedimentos necessário para colocar o utente a aguardar vaga para ser admitido numa Equipa ou Unidade (ISS, 2021).

Apresentamos de seguida o descritivo dos critérios de referenciação, para a admissão de um utente numa UC:

- Reabilitação intensiva;
- Alimentação por sonda nasogástrica;
- Doentes com necessidade de cuidados médico e de enfermagem prementes;
- Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- Manutenção ou tratamento de estomas;
- Terapêutica parentérica;
- Medidas de suporte respiratório, como oxigeno terapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
- Doente com algum das seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
- Doente crónico com risco iminente de descompensação;
- Doente com síndrome de imobilização;
- Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias. (Girão & Guerreiro, 2011)

1.6 – As Unidade de Convalescença

Os cuidados de convalescença têm como objetivo a recuperação e reintegração de doentes agudos ou de doentes crónicos, que tenham sofrido agravamento da sua situação clínica, e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (ACSS, 2006).

O internamento em UC prevê um tempo até 30 dias, que permite assegurar:

- Reabilitação funcional intensiva;
- Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos;
- Prescrição e administração de medicamentos;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicológico e social;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer.

Este tipo de tipologia é dirigido a pessoas que já não necessitam de cuidados hospitalares de agudos, mas que devido a doença súbita, ou descompensação do processo crónico, necessitem de cuidados de saúde que não possam ser prestados no domicílio, quer pela sua complexidade, frequência ou duração (ISS, 2021).

1.7 – Caracterização dos utentes internados na RNCCI e nas UC

Considerando o Relatório de Monitorização da RNCCI de 2020 (SNS & ACSS, 2020) (ACSS-DRS, 2020), apresentamos alguns elementos descritivos relativos aos utentes internados na Rede e aos internados na UC.

1.7.1 – Uteses internados na RNCCI

Para as unidades de internamento, 89,9% a 89,8 % dos motivos de referenciação referem-se à dependência de atividades da vida diária e o ensino utente/cuidador informal. Dos motivos de referenciação 92% em UC e 86% em UMDR o motivo prende-se com a necessidade de “Reabilitação” esperado para esse tipo de tipologia.

O número de utentes referenciados no ano de 2020 foi de 38.856, o que representa um decréscimo de 11,8 em relação ao ano de 2019 devido às circunstâncias especiais devido á COVID-19. A referenciação para UC foi de 20,9%. O número de utentes assistidos na Rede foi de 49.959.

Em relação à caracterização dos utentes na RNCCI, a população geral da Rede com mais de 65 anos representa 83,2%, a população com mais de 80 anos representa 49,8% do total.

Em relação a diagnóstico, agrupando diagnósticos principais e secundários, 14% dos diagnósticos principais diziam respeito a “doença vascular cerebral, mas mal definida” (AVC); 6,6% a “doença vascular cerebral não classificável em outras partes (NCOP) ou mal definida”, e 1,7% a “hemorragia intracerebral”. Considerando os diagnósticos relacionados com patologia vascular cerebral (juntando-se aos anteriores os “efeitos tardios de doença vascular cerebral”; “Oclusão de artérias cerebrais” e “Hemorragias intracranianas não especificadas”), os mesmos representam 25,6% dos diagnósticos. A “fratura do colo do fémur” associada ao diagnóstico “fraturas de partes NCOP ou de

partes especificadas do fémur” representam 11,7% do total dos diagnósticos principais e secundários (ACSS-DRS, 2020).

Os dados recolhidos no ano de 2020 permitem ainda concluir que 11,3% dos utentes tiveram como destino pós alta “Lar/resposta ou equipamento social”. Num contexto nacional, 74,5% do destino pós-alta foi para o domicílio. Em 75,7% dos casos do destino pós-alta para o domicílio foi registada necessidade de suporte, conforme consta no “Relatório Anual - Acesso a Cuidados de saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas - 2020” e no “Relatório de Monitorização da rede de Cuidados Continuados Integrados- 2020” (ACSS-DRS, 2020) (SNS & Convencionadas, 2020).

1.7.2 – Utentes internados nas UC

Segundo Gaspar (2015), os utentes que permanecem nas Unidades de Cuidados Continuados (UCC) são geralmente pessoas que apresentam dependência funcional temporária ou prolongada que têm incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social, pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal ou idosos com critérios de fragilidade (Gaspar, 2015).

O acesso dos utentes aos Cuidados Continuados de saúde em termos espaciais não depende apenas da existência de estabelecimentos próximos das populações, porque a proximidade não garante que os cuidados estejam disponíveis a toda a população (ISS, 2021). Os consumidores das UC são, maioritariamente, doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva. São, na sua grande maioria, doentes oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia, de Neurologia (Reis et al., 2015).

Tabela 1- Motivos de Referência Rede Geral - UC, UMDR e ULDM

MOTIVOS	UC	UMDR	ULDM	Nacional
Dependência AVD	91%	92%	86 %	89,1%
Ensino utente/Cuidador	82%	84%	73%	81,7%
Reabilitação	88%	79%	21%	60,4%
Cuidados pós-cirúrgicos	28%	18%	4%	16,5%
Tratamento de feridas/úlceras de pressão	5%	9%	17%	17,4%
Doenças Cardiovascular	16%	20%	13%	15,7%
Gestão Regime terapêutico	3%	5%	37%	11,9%
Portadores de SNG/PEG	2%	9%	22%	8,8%
Úlceras de pressão múltiplas	1%	5%	8%	7,3%
Descanso do Cuidador	0,1%	1%	29%	5.9%
Manutenção de dispositivos	2%	3%	12%	4,7%

Fonte: “Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) -1º Semestre 2021”, ACSS-DRS, SNS. Nacional – todas as referências realizadas a nível nacional segundo o motivo de referência.

Segundo Ramos (2021), no estudo sobre o perfil funcional do idoso hospitalizado em Unidades de Convalescença, no período entre 2010-2017, a média de idades foi de 78.92 de entre idosos de 65 a 109 anos. A maioria dos utentes internados (47.2%) encontravam-se estavam na faixa etária dos 75 a 84 anos, seguido da faixa etária dos 65 a 74 anos com 29% e dos com pessoas com 85 anos ou mais (23.8%). A maioria dos utentes era de sexo feminino com 61.5%, escolaridade inferior a 6 anos (60.4%) e nível profissional não qualificado em idade ativa (70.3%).

O estudo concluiu que embora o tempo de internamento nas UC's seja de 30 dias houve indivíduos que permaneceram mais tempo. No período referido houve melhorias significativas na capacidade funcional dos idosos internados nas Unidades, mas houve um declínio naqueles que permanecerão mais de 75 dias. Os autores do estudo transformaram o perfil funcional avaliado por variáveis da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em uma escala de Likert e posteriormente distribuído os clusters de idoso por graus de dependência. Os resultados obtidos sugerem que os mais idosos apresentam um maior grau de dependência, a maioria dos indivíduos com mais de 84 anos encontravam-se no cluster de dependência grave/completa, observava-se também uma probabilidade de maior dependência com o avançar da idade e é no género feminino que esta probabilidade melhor se observa (Ramos et al., 2021).

1.8 – A mobilidade na Rede

A mobilidade dos utentes dentro da Rede está prevista pelo Artigo 33º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (Ministério da Saúde, 2006). Prevê que esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objetivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 – O envelhecimento populacional

O envelhecimento do ser humano é um processo fisiológico, dinâmico, natural e irreversível, que decorre com a passagem do tempo.

O envelhecimento biológico é caracterizado por mudanças no metabolismo, nas propriedades físico-químicas das células, levando a ineficiente autorregulação, com

consequências na regeneração e com alterações estruturais e funcionais dos tecidos e órgãos (Dziechciaż & Filip, 2014).

Quase todos os processos fisiológicos são afetados pelo envelhecimento, mas a composição e o fenótipo corporal são as mudanças mais explícitas. As alterações incluem perda de óssea e muscular e aumento da gordura corporal ou redistribuição desta. As mudanças também são notórias a nível cardíaco, com a diminuição do débito em repouso, diminuição da capacidade respiratória máxima, da taxa de filtração renal e velocidade de condução nervosa (JafariNasabian et al., 2017). A perda óssea pode ser uma consequência inevitável do envelhecimento, mas a taxa de perda difere muito entre os indivíduos (Cauley et al., 2009). A redução da massa óssea e a sua perda excessiva, predispõem os indivíduos à osteoporose, um importante fator de risco relacionado às fraturas por fragilidade (Iwaniec & Turner, 2016).

O processo de envelhecimento humano é individualizado e complexo, sucede no domínio biológico, mas também psicológico e social. Com o avançar da idade, amplificam-se as dificuldades de adaptação à novos acontecimentos, ocorrem mudanças adversas na esfera cognitiva e intelectual (Dziechciaż & Filip, 2014).

2.1 – O envelhecimento em Portugal

Em Portugal, existem 2 424 122 pessoas com mais de 65 anos, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) nos Censos de 2021, o que corresponde a 23.43% do total da população (INE, 2021a). Na União Europeia (UE), Portugal ocupa a terceira posição com a maior taxa de envelhecimento populacional da população residente. O fenómeno de grandes dimensões, que é o envelhecimento da população, regista-se particularmente nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. O fenómeno caracteriza-se principalmente pela diminuição da mortalidade jovem; a alteração das doenças transmissíveis por doenças crónicas; aumento da esperança média de vida (P.INE, 2017). Em Portugal, o INE projeta que o fenómeno, que já é muito significativo, agravar-se-á nos próximos 30 a 40 anos (INE, 2021a).

A esperança de vida dos portugueses aos 65 anos é, em média, entre homens e mulheres, de 20,3 anos. Em relação à UE, Portugal encontra-se acima da média (20 anos), mas quando analisamos o indicador de esperança de vida com saúde aos 65 anos, Portugal situa-se abaixo da média da UE com 7,3 anos, enquanto a média é de 9,9 anos e distante dos melhores países como a Suécia com uma esperança de vida com saúde aos 65 anos de 15,7 anos (OECD et al., 2019).

Os portugueses em comparação com alguns países de referência da UE, vivem aproximadamente os mesmos anos, porém com menos saúde e, portanto, com menos qualidade de vida. A Direção Geral de Saúde (DGS) refere que embora a esperança de vida dos portugueses seja maior, o número de anos vividos com plena saúde não aumentou em proporção (M. Lopes, 2021).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 250 milhões de pessoas com mais de 60 anos apresentam problemas funcionais moderados ou graves e aproximadamente 46% da população mundial, nessas faixas etárias, tem alguma incapacidade (Birtha et al., 2019).

A redução do número de anos de vida saudável está relacionada à prevalência de doenças crónicas sob a forma de multimorbilidades. As multimorbilidades são cada vez mais a norma e não a exceção, podem ser definidas como a ocorrência em simultâneo de vários problemas de saúde no indivíduo (Prados-Torres et al., 2012). Na população idosa, o evento da doença crónica sucede não através da manifestação de uma determinada doença, mas antes pela ocorrência de diversas – multimorbilidades (M. J. Lopes et al., 2021).

Na literatura encontram-se muitas vezes a referência à “comorbilidade” e “multimorbilidade”. Segundo Tugwell (2019), ambos os termos concentram-se na ocorrência de múltiplas condições crónicas dentro do mesmo indivíduo. O termo “comorbilidade” refere-se a acontecimentos combinados que ocorrem numa condição crónica, enquanto o termo “multimorbilidades” reflete que nenhuma condição isolada é prioritária em relação a outras condições detidas pelo paciente, na sua perspetiva e do profissional de saúde. As multimorbilidades necessitam de uma abordagem diferente, que não dê relevo à condição base e considere as preferências do paciente, tendo em conta fatores exteriores que condicionam o seu aparecimento (Tugwell & Knottnerus, 2019) (van den Akker et al., 2009).

Podemos dizer que, a prevalência de multimorbilidades é a coocorrência de dois ou mais problemas crónicos de saúde numa pessoa. Segundo F. Prazeres e L. Santiago

(2015), existe um padrão semelhante de morbilidades múltiplas na população idosa em diversos países. Num estudo realizado pelos autores constatou-se que, relativamente a Portugal, 72.7% da população adulta apresenta multimorbilidades, e essa percentagem aumenta à medida que a idade aumenta (Prazeres & Santiago, 2015).

Vários estudos tentam agrupar as multimorbilidades em clusters, existem diversos quadros emergentes e mais comuns na literatura que são: os que compreendem uma variedade de condições cardiometabólicas; ansiedade e depressão; fatores que incluem dor relacionada (Violan et al., 2014) (Prazeres & Santiago, 2015). Estes clusters são idênticos a outros estudos realizados em diferentes países, segundo M. Lopes (2021), o que difere relativamente à população portuguesa mais idosa é a carga da doença que é muito superior a outros países (M. Lopes, 2021).

Os idosos são a classe que, sem dúvida, apresenta maior número de multimorbilidades, mas estas foram encontradas em todas as faixas etárias em vários estudos (Prados-Torres et al., 2012). Um estudo holandês, envolvendo 213 mil pessoas, concluiu que a multimorbilidades encontra-se em 13% da população e que um terço dos pacientes registaram pelo menos uma doença crónica (em todas as idades), 35% tinham multimorbilidades aos 55 anos ou mais (Van Oostrom et al., 2012). Num outro estudo realizado em Espanha com 276 mil pacientes a partir dos 14 anos, encontraram multimorbilidades em todas as faixas etárias com a prevalência a variar de 13% dos 15 aos 44 anos e de 67% na faixa de 65 anos ou mais (Prados-Torres et al., 2012). Uma revisão realizada por Marengoni (2011) mostrou que a prevalência de multimorbilidades é maior que o esperado em faixas etárias mais jovens não se limitando só aos mais idosos, onde a multimorbilidades pode chegar aos 98% em alguns estudos (Marengoni et al., 2011).

A prevalência e estimativas sobre multimorbilidade variam na literatura, estão associadas à metodologia utilizada e à população estudada. A probabilidade e prevalência de ter multimorbilidades está dependente de determinantes/fatores de risco que influenciam os resultados (Stewart et al., 2013). Em Portugal, as multimorbilidades têm vindo a ser alvo de estudo desde meados da década passada, um estudo de 2019 aponta para que 38.3% da população portuguesa, entre os 15 e os 75, anos tenham morbilidades múltiplas, sendo mais frequentes nas mulheres, em níveis económicos mais baixos e aumentam progressivamente com a idade (M. Lopes & Sakellarides, 2021).

Os estudos encontraram uma associação entre a multimorbilidade, a idade, género e nível socioeconómico (Violan et al., 2014). O estudo de Prazeres e Santiago (2015) realizado na população portuguesa, refere que pensionistas/reformados e adultos com baixos níveis de educação foram mais propensos a sofrer de multimorbilidades e esta aumentou significativamente com a idade (Prazeres & Santiago, 2015). Segundo Zhang (2020), a multimorbilidade associou-se significativamente com a velhice, sexo feminino, ex-fumadores, ex-alcoólicos, com a obesidade, menor escolaridade, morar sozinho e desemprego. Além disso, a multimorbilidade correlacionou-se com a incapacidade (Zhang et al., 2020).

2.2 – Envelhecimento e multimorbilidades – impacto na capacidade funcional

A ONU estima que aproximadamente 46% da população mundial acima dos 60 anos tem incapacidade e 250 milhões de pessoas nessa faixa etária desenvolvem problemas funcionais moderados a graves (Birtha et al., 2019).

As alterações fisiológicas características do envelhecimento associadas a estilos de vida, fatores individuais, educacionais, condições socioambientais, comunitários e políticos, criam condições propícias ao desenvolvimento de multimorbilidades, que por sua vez, estão frequentemente associadas ao desenvolvimento de limitações funcionais (M. J. Lopes et al., 2021). Segundo os resultados dos Censos de 2021, cerca de 607 mil idosos referem ou ter muita dificuldade ou não conseguir andar ou subir escadas, cerca de 300 mil referem ou ter muita dificuldade ou não conseguir - tomar banho ou vestir-se sozinho (INE, 2021a).

Um estudo de Serrano-Allarcon (2017), realizado em parceria em Portugal, Itália e Espanha refere que 20% das pessoas do sul da Europa com mais de 50 anos sofriam de limitações funcionais. A população portuguesa, com mais de 50 anos, apresentou um estado funcional pior relativamente com a espanhola e italiana. No estudo, mostra que a propensão de incapacidade é maior nas mulheres e de estas apresentarem limitações funcionais graves até 5 anos antes dos homens. A pobreza também está associada a

uma probabilidade maior de limitação funcional grave e é reduzida pelo facto de ter diploma universitário (Serrano-Alarcón & Perelman, 2017).

A capacidade funcional é um importante indicador da saúde dos idosos, dado que o seu decréscimo acarreta riscos da perda de independência e autonomia na realização das atividades diárias como os autocuidados (de Aguiar et al., 2019). A manifestação mais evidente, de mau estado de saúde na população, é a perda da funcionalidade e diminuição da autonomia nas atividades de vida diária (AVD's) (Patrizio et al., 2021). As AVD's e as atividades instrumentais de vida diárias (AIVD's), são basilares na relação que os idosos têm com o seu entorno, permitem a perceção de autonomia e independência, evitando o isolamento social (Alexandre et al., 2014).

Um estudo sueco com 2066 participantes, tentou encontrar uma associação entre os padrões de multimorbilidades e o risco de incapacidade na realização das AVD's e AIVD's. Concluiu que os indivíduos com padrão pertencente ao cardiovascular, anemia, demência, comprometimento sensorial, oncologia e os padrões músculo-esqueléticos, respiratórios, gastrointestinais foram associados a maior risco de desenvolver incapacidade nas AVD's e AIVD's, enquanto os indivíduos com padrões de distúrbios metabólicos e perturbações do sono apresentaram maior risco de desenvolver incapacidade apenas nas AIVD's (Marengoni et al., 2021).

A capacidade funcional, associada a outras dimensões como a dimensão social e psicológica, está fortemente relacionada com a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) (Loayza & Valenzuela, 2021). As dificuldades funcionais condicionam as AVD's e AIVD's, o que leva os idosos a ser institucionalizados, verificando-se uma redução da QV em comparação com aqueles que permanecem em casa (de Medeiros et al., 2020). O comprometimento funcional, o nível cognitivo e a ausência de assistência nas AVD's dos idosos, foram considerados fatores preditivos para a institucionalização (Fontes et al., 2010) (Luppa et al., 2009).

O diagnóstico de doença e as multimorbilidades nos idosos podem não ter impacto na QV, se as consequências da doença não alteram a capacidade funcional e a independência na vida diária. Portanto, um indivíduo com doenças crónicas pode ser considerado saudável se não possuir incapacidade, e outro idoso com as mesmas multimorbilidades pode apresentar incapacidades que alterem a QV (Alves et al., 2008).

2.3 – Multimorbilidades e incapacidade – impacto e implicações no sistema de saúde

Segundo alguns autores, as necessidades nos cuidados de saúde atualmente são diferentes, ocorrendo assim o confronto com problemas mais complexos. Fatores como a esperança de vida, diminuição da mortalidade e natalidade, o envelhecimento progressivo da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas são geradores de novos problemas sociais e de saúde, como a acessibilidade aos serviços de saúde, isolamento e o aumento do número de famílias com baixos recursos económicos, consequência direta dos progressos da medicina e das transformações económicas e sociais (Sousa, 2009). Assim, o SNS e organizações de saúde enfrentam vários desafios associados ao envelhecimento e empobrecimento da população portuguesa (Escoval et al., 2016).

Existe, portanto, uma necessidade crescente de resposta dos sistemas de saúde a indivíduos na quarta idade, sendo uma realidade vivenciada por todo o mundo, nomeadamente em países como a Alemanha, Canadá, Estados Unidos da América, Espanha e Reino Unido. Esta tendência, levou os vários intervenientes do sistema a debruçarem-se com interesse e atenção sobre novas formas de organização e prestação de cuidados, de forma a melhorar a efetividade e a distribuição equitativa dos recursos e benefícios, em Portugal esta resposta materializou-se na criação da RNCCI (Santana et al., 2017).

Estes fatores desencadeantes de mudanças no sistema de saúde colocam sob grande pressão a organização dos serviços e a distribuição dos recursos disponíveis, visto que está previsto, um aumento da população com necessidades de cuidados relacionados com níveis avançados de doença, que encontram resposta nos Cuidados Continuados e Paliativos (Ataíde, 2014).

Os fatores como idade, género, analfabetismo, estar institucionalizado, são preditores de pior nível funcional, e devem ser considerados para as políticas de envelhecimento. Ganha um nível relevante de importância, preservar a funcionalidade e retardar a sua perda, consequentemente promover o bem-estar e Qualidade de Vida (QV). A avaliação sistemática da funcionalidade é indispensável para a planificação e prestação de cuidados (M. J. Lopes et al., 2021).

Os padrões de multimorbilidades estão relacionados com a incidência de incapacidade, o que torna relevante desenhar estratégias de prevenção e de retardamento do comprometimento funcional no envelhecimento, planeando e distribuindo de forma eficiente os recursos em saúde (Marengoni et al., 2021).

Tendo em conta a gestão em saúde, os cuidados primários é a melhor solução para as necessidades complexas dos pacientes com multimorbilidades. No entanto, a verificasse por vezes uma fragmentação de cuidados, pelo que a prestação de cuidados integrados e coordenados entre diversos níveis de prestadores de saúde e o setor da assistência social, será a melhor resposta (Prados-Torres et al., 2012).

O fenómeno do envelhecimento exige a introdução de estratégias com dois focos complementares: um dirigido à promoção do envelhecimento saudável e outro dirigido para o aumento dos cuidados de longa duração (M. J. Lopes et al., 2021).

O envelhecimento da população, com incidência nas mulheres que por seu lado sobrevivem aos cônjuges, com limitações funcionais que dependerão de outros membros da família na ausência do companheiro. A promoção de Long Term-Care (LTC) parece, portanto, fundamental para dar resposta às necessidades não só dos dependentes, mas também de seus familiares (Serrano-Alarcón & Perelman, 2017). Atendendo, que LTC é um conceito internacional, em que a sua definição não é unânime, que no contexto português se entende como os Cuidados Continuados (CC) (Santana et al., 2017).

O objetivo da UC é a reabilitação funcional, portanto é fundamental a avaliação da funcionalidade dos utentes para avaliar os resultados em saúde. O processo de cuidar deverá passar sempre por avaliar a dependência na capacidade dos autocuidados, nas AVD's e AIVD's (Ramos et al., 2021). O comportamento do indivíduo nos autocuidados é considerado extremamente importante para o sujeito e para o sistema de saúde pelos ganhos e benefícios a ele associado (Narasimhan & Kapila, 2019).

O relatório para a década de 2021-2030 da OMS, salienta a importância da implementação de procedimentos que melhorem a capacidade funcional dos idosos. Para tal, apresenta quatro áreas de atuação centradas na forma como pensamos e agimos com os idosos e ao envelhecimento; assegurar que a comunidade fomentar as habilidades dos idosos; fornecer cuidados e serviços integrados e centrados pessoa e nas suas necessidades e por último, fornecer acesso aos LTC aos idosos que deles necessitem (World Health Organization, 2020).

Segundo dados recentes, os modelos integrados de cuidados de saúde trouxeram melhoria na QVRS e na funcionalidade das pessoas com multimorbilidades e fragilidade, assim como na taxa de hospitalização e readmissão (Ramos et al., 2021). A hospitalização é um fator que contribui para a alteração da capacidade funcional, um estudo de Hoogerduijn (2012), refere que entre 30 a 60% dos idosos hospitalizados apresentam declínio funcional, com implicações na QV e na autonomia, associado ao risco de reinternamento, institucionalização e mortalidade (Hoogerduijn et al., 2012).

A Rede constitui um conjunto de intervenções de saúde e de apoio social centrada na recuperação global de pessoas, em situação de dependência, provenientes na sua maioria de internamento hospitalizações com perda de autonomia. Segundo Bakx (2010), de uma forma geral são os utentes com maior dificuldade nas AVD's, menores níveis de autonomia funcional e piores estado cognitivo, que têm maior probabilidade de utilização de cuidados continuados (Bakx, 2010). As variáveis sexo, idade, estado de incapacidade são determinantes na utilização de cuidados continuados (Wu et al., 2014).

A sustentabilidade da RNCCI é um desafio aos formuladores de políticas em saúde. Para tal, contribuem fatores como as assimetrias regionais, a dificuldade de acesso e outros fatores como a ausência de um modelo de financiamento baseado nos níveis de dependência ou a dificuldade de instrumentos de avaliação para comparação internacional. Lopes (2017), ainda refere que é premente uma mudança de financiamento dentro da Rede, que deve incidir sobre os níveis de dependência dos pacientes e modelos de ajuste pelo risco (H. Lopes et al., 2018).

Tendo em conta a sobrecarga dos sistemas de saúde e das famílias, as políticas de saúde devem procurar reduzir as atuais desigualdades nas limitações funcionais. A incapacidade funcional é uma questão basilar devido ao alto ônus que coloca no sistema de saúde através do LTC e nas famílias quando os cuidadores formais não têm capacidade de resposta (Serrano-Alarcón & Perelman, 2017).

Uma dimensão crucial no desenvolvimento e manutenção da RNCCI está relacionada com a forma como esta incorpora as necessidades de saúde dos portugueses, e como esta se vai reconfigurar para apresentar os ganhos em saúde dos seus utilizadores (da Costa & Mourão, 2015). Para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e os vários agentes na Rede, foi incorporado um *Core Set* da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), desenvolvido em 2014, e posteriormente integrado na plataforma da Rede (Reis et al., 2015). Pelo facto de na CIF existirem um total 362

categorias de 2.º nível, chegando a um total de 1424 no 4.º nível, podendo ser um fator limitante da sua utilização, vários grupos de trabalho desenvolveram os *Core Sets* da CIF, existindo atualmente, *Core Sets* para diversas condições desde a Neurologia, Pneumologia, Ortopedia, entre outras (Almeida et al., 2016).

A CIF, permite uma linguagem unificada e padronizada, gerando uma descrição de saúde e dos estados relacionados com a saúde dos utentes da RNCCI, possibilitando os ganhos em saúde quer a nível individual quer a nível da população da rede (Reis et al., 2015). A *CIF* contém termos como “funcionalidade e incapacidade”, “deficiência”, “capacidade” e “desempenho” que veio permitir abandonar o termo “deficiência” tão enraizado culturalmente e limitativo. A “incapacidade” é o termo que deverá ser usado e aceite pelos serviços sociais e de saúde, de forma a ser a base para a comparticipação de ajudas técnicas, de apoio, material adaptado, ajudas económicas, tratamento e recuperação da saúde (Martins & Araújo, 2015). A *CIF* tem várias aplicações para diferentes fins, podendo ser usada como uma ferramenta estatística, de investigação, clínica, pedagógica, mas também como uma ferramenta para o planeamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas em saúde (Leitão, 2004)

2.4 – Envelhecimento é sinonimo de incapacidade? O que reservará o futuro!

Em Portugal e no resto do mundo, está presente uma mudança demográfica e epidemiológica que releva situações e componentes nunca presenciados e enfrentados. O envelhecimento demográfico é uma realidade e continuará a acentuar-se.

Embora o envelhecimento seja inevitável, vários estudos epidemiológicos referem que a incapacidade funcional e a doença associadas ao envelhecimento não são uma inevitabilidade (M. J. Lopes et al., 2021). Um estudo realizado na Dinamarca por Thinggaard et al (2020), mostra que em dois cortes de população (população nascida em 1905 e 1915), a nascida em 1915 apresentavam níveis de saúde e de capacidade funcional significativamente melhores que as do corte de 1905. A melhoria na

sobrevivência das pessoas com 95 anos, nascidas em 1915 em comparação com as de 1905 foi constatada em todo o espectro de saúde e capacidade funcional, com predisposição aumentada para aquelas com boa saúde (Thinggaard et al., 2020).

Segundo Clemmensen et al (2020), a função cognitiva é o predictor mais forte de comprometimento funcional nos idosos (Clemmensen et al., 2020). Estudos mostram que os idosos nascidos em 1915 tiveram um desempenho cognitivo significativamente melhor do que os nascidos em 1905 (Christensen et al., 2013). Um estudo inglês apoia estes achados, mostrando que a prevalência de demência, em pessoas com mais de 65 anos, tem diminuído ao longo de duas décadas, e que há melhoria do desempenho nas AVD's entre idosos mais velhos, mas também aumento da dor e da morbilidade. Estudos apontam que a proporção de idosos com incapacidades tem vindo a diminuir. (Matthews et al., 2013) (Falk et al., 2014).

Aparentemente, a prevalência da incapacidade está a diminuir nos países nórdicos e o nível cognitivo parece melhorar na população (Trahan et al., 2014), e essa tendência parece perdurar no envelhecimento em toda a Europa, com resultados a indicarem que os europeus nascidos mais tarde têm um nível cognitivo melhor que um corte dos nascidos mais cedo, apesar de que a nível da capacidade física as melhorias não foram tão evidentes, mas para o norte da Europa houve uma melhoria nas AVD's e AIVD's nos grupos etários mais velhos (Ahrenfeldt et al., 2018).

No século XX nos países mais desenvolvidos ocorreu uma grande expansão educacional. As pessoas com maior nível educacional tendem a viver mais tempo e de forma mais saudável (Case & Deaton, 2021). Badache et al (2022), referem que a prevalência no declínio de limitações nas AVD's e AIVD's, se deve à melhoria na educação, função cognitiva e função sensorial nos idosos. As perdas sensoriais são fatores de risco para a incapacidade funcional em idosos, o que levanta a hipótese de que a melhoria das funções nos idosos nórdicos pode ter contribuído para a diminuição da taxa de incapacidade (Badache et al., 2022).

Por sua vez, nos Estados Unidos, encontram-se resultados mistos em relação à mudança da taxa de incapacidade ao longo do tempo. Estudos mostram que coorte de nascimentos mais tardios apresentam melhor capacidade cognitiva e menor declínio cognitivo com o aumento da idade (Gerstorff et al., 2011). Se por um lado, estudos mostram que embora tenha ocorrido uma tendência para a diminuição da incapacidade da década de 80 até aos anos de 2000 nos Estados Unidos, um estudo de 2016 mostra

um aumento da taxa anual nas limitações nas AVD's e na função física, associados a piores resultados em idoso com menor nível de escolaridade (Tsai, 2016).

A redução para metade da taxa de mortalidade nos nonagenários nos últimos 60 anos, acarretou preocupação na comunidade científica, que esses sejam sobreviventes de tratamentos agressivos de que resultam incapacidades graves físicas e cognitivas. A conclusão do estudo de Thinggaard (2020), indica que o aumento da expectativa de vida dos idosos não é impulsionado pela sobrevivência dos mais incapacitados, mas sim por idosos cada vez mais saudáveis que alcançam idades mais avançadas (Thinggaard et al., 2020).

Neste momento de incerteza, no médio/longo prazo, no que respeita às necessidades de saúde dos cidadãos, leva a uma necessidade de monitorização das tendências e trajetórias para melhor gestão dos recursos em saúde (da Costa & Mourão, 2015). A adoção de políticas em saúde, deverão sempre ter em conta a funcionalidade e dependência da população (H. Lopes et al., 2018)

II – Metodologia

1 – Metodologia

1.1 – Questões de investigação e Hipóteses de estudo

Este estudo tem como principal objetivo responder à seguinte questão:

- Q1: A capacidade funcional dos utentes, à data de admissão numa Unidade de Convalescença é um preditor dos potenciais ganhos funcionais?

H1: Existe um nível de capacidade funcional, à data de admissão, acima do qual os utentes têm os ganhos esperados para uma unidade de convalescença.

H2: Indivíduos com nível funcional abaixo do ponto de corte, enviados para Unidades de Convalescença acrescem outros tipos de resposta na Rede e sociais.

H3: Os indivíduos com maior capacidade funcional têm alta para o domicílio.

H4 Os indivíduos com mais capacidade funcional, que não regressam ao domicílio, eventualmente, não têm retaguarda sociofamiliar que lhes possa prestar apoio.

H5: Os indivíduos com menor capacidade funcional e que regressam ao domicílio, têm retaguarda sociofamiliar capaz de lhes prestar apoio.

1.2 – Tipo de estudo e desenho metodológico

O estudo realizado foi do tipo observacional, retrospectivo analítico e transversal.

A população do estudo foram todos os utentes da UC da RNCCI do Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia (HNSA).

O processo de amostragem foi orientado segundo o princípio não probabilístico de amostragem por conveniência. A população do estudo foi constituída por todos os utentes da UC que estiveram internados entre 1 de junho de 2020 até 31 de maio de 2022.

1.2.1 – Critérios de inclusão e exclusão de indivíduos na amostra

Foram definidos com critérios de inclusão:

- Indivíduos com idade igual ou maior que 18 anos.
- Indivíduos que a patologia de diagnóstico se enquadrava na área da neurologia, músculo-esquelética, e outras áreas de doença provenientes da medicina interna;

Foram definidos como critérios de exclusão:

- Indivíduos que não foram avaliados pelas 2 escalas utilizadas na avaliação funcionais. Os instrumentos de avaliação aplicados foram o Índice de Barthel e a Medida de Independência funcional;
- Indivíduos que não tenham dois momentos de avaliação (admissão e na data de alta da unidade);
- Indivíduos que tiveram alta da unidade por agudização, alta a pedido ou óbito.

Da aplicação dos critérios resultou uma amostra com uma dimensão de 296 indivíduos (n=296). Da amostra foram excluídos 6 indivíduos com idades compreendidas entre os 39 e 44 anos, pela probabilidade de enviesamento dos resultados, devido a disparidade

da idade em relação aos restantes indivíduos da amostra. A amostra final foi constituída por 290 indivíduos (n=290).

1.3 – Recolha de Dados

Os dados referentes aos indivíduos da amostra foram recolhidos de um ficheiro em Folha de Cálculo da Microsoft Excel, com os resultados do registo diário da prática profissional das fisioterapeutas da UC. A cada individuo foi atribuído um código na formação da base de dados. Os dados recolhidos foram: sexo; idade; diagnóstico; situação sociofamiliar; valores dos instrumentos de avaliação aplicados na admissão e na alta (Índice de Barthel e Medida de Independência Funcional); dias de internamento na Unidade e destino pós alta. As escalas foram aplicadas, a cada utente, nas primeiras 48 horas após a entrada na unidade (com exceção das admissões à sexta-feira, as escalas são aplicadas no dia útil seguinte) e nas 48 horas que antecedem a alta do utente da unidade. O diagnóstico de entrada dos indivíduos foi agrupado segundo a 11^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 11). A CID é uma ferramenta usada internacionalmente para o diagnóstico com padrão epidemiológico, que permite a gestão em saúde, pesquisa e fins clínicos. É uma ferramenta internacional para relatar doenças e problemas de saúde. A CID pode ser usada para registar condições de saúde individuais, para gerar e partilhar dados sobre essas condições para diversos fins, incluindo pesquisa, reembolso e planeamento de seguros de saúde (Barke et al., 2018) (Alonso et al., 2022).

1.4 – Instrumentos de Medida

O **Índice de Barthel** (IB) avalia o estado funcional e o nível de autonomia nas atividades da vida diária. O IB foi criado por Dorothea W. Barthel e Florence I. Mahoney, em 1955 e por primeira vez publicado pelos autores em 1958 com uma republicação em 1965 (Mahoney & Barthel, 1965) (McDowell, 2009). O IB, adaptado e validado para a população portuguesa, por Fátima Araújo (2007), avalia o grau de dependência nas atividades da vida diária (Araújo et al., 2007).

Os valores do índice variam entre 0 e 100, onde 0 é a dependência total e 100 é definido como independência nas atividades da vida diária. O índice é dividido em 10 atividades da vida diária, relacionadas com a mobilidade e com as tarefas básicas de alimentação e higiene: comer; higiene pessoal; banho; vestir/despir; controle dos esfíncteres; uso da sanita; transferências (cama para cadeira); deambulação e escadas. Cada atividade tem de 2 a 4 opções de resposta que correspondem a níveis de dependência, graduadas com 0, 5, 10 ou 15, em que 0 corresponde a dependência total. O processo de preenchimento do IB requer apenas alguns minutos.

Vários autores propõem guidelines para a interpretação do score do IB. Segundo Shah et al (1989) sugere um score de 0-20 pontos como indicação de dependência total, 21-60 indica dependência severa, 61-90 dependência moderada e de 91-99 dependência ligeira (Shah et al., 1989). Segundo Granger et al (1977) consideram 60 pontos ou menos como um ponto de viragem para a dependência acentuada, 40 pontos ou menos indicam dependência grave, com menor probabilidade de viver em comunidade. Estudos subsequentes continuaram a aplicar o ponto de corte de 60/61 (C V Granger et al., 1977) (C V Granger et al., 1989) (McDowell, 2009).

A **Medida de Independência Funcional (MIF)** é uma escala desenhada para fornecer um indicador de incapacidade independentemente da patologia do paciente. Projetada em 1983 por um “Grupo de Trabalho para Desenvolvimento de um Sistema Uniformizado de dados para a Reabilitação Médica” (Task Force to Develop a Uniform Data System for Medical rehabilitation), designada por USDMR. O instrumento consiste em 18 itens, cada um classificado numa escala de 7 níveis, de dependência total – 1 a independência funcional –7. (Fiedler & Granger, 1996) (Carl V. Granger et al., 1986).

Em 1991, a escala foi adaptada linguisticamente para português por Jorge Laíns (1991), que refere que a MIF tem como objetivo, independentemente do diagnóstico ou deficiência do indivíduo, medir o que a pessoa com incapacidade realmente consegue fazer.

A MIF possui duas dimensões, uma relacionada com o componente motor e outra com o componente cognitivo. Os itens incluem um conjunto de atividades relacionadas com o autocuidado, controlo de esfíncteres, transferências, locomoção, mas também, de comunicação, memória, resolução de problemas e relacionamento social. A escala reflete a carga geral do cuidado para a incapacidade observada, que traduz o apoio necessário a ser fornecido para satisfação das necessidades.

A pontuação total da MIF pode ser interpretada em três níveis de dependência, sendo considerada uma dependência grave valores <40, uma dependência moderada valores entre 40 e 80, e dependência leve valores >80. Black et al. (1999) refere um estudo desenvolvido em Carl Granger e Gary Clarh (1994), onde os investigadores associam níveis superiores a 80 com a probabilidade de alta do paciente (Black et al., 1999). Outros investigadores descrevem os ganhos funcionais como um produto da reabilitação que pode ser usado como um predictor para o destino de alta dos pacientes (Michael & Alexander, 1994). Vários estudos referem corte, níveis de dependência e associação do destino da alta hospitalar (Black et al., 1999) (Reistter et al., 2010) (Thorpe et al., 2018).

1.5 – Questões éticas, autorização e de confidencialidade

Este estudo teve início após a aprovação pelo Conselho de Administração da ULS Guarda (Ata n.º 22/2022, onde consta o despacho da CES da ULS Guarda de 18/10/2022), Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) com o parecer Proc. CE-095/2022 e aprovação pelo Conselho Científico da FMUC a 15/09/2022, conforme documentos em anexo (Anexo 1,2,3). Aos indivíduos da amostra foi apresentado, presencial ou por via telefónica, um Consentimento Informado, que se encontra em anexo (Anexo 4), conforme exigência do Responsável pelo Acesso à Informação da ULS Guarda. Só os indivíduos contactados e que aceitaram participar no estudo fizeram parte da base de dados. A formação da base de dados para análise estatística, respeitou a proteção de dados e a anonimização dos utentes, garantido a confidencialidade dos dados recolhidos, como previsto na Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016. A base de dados será destruída aquando da finalização do estudo e após defesa da dissertação.

Todos os procedimentos deste estudo estiveram de acordo com padrões éticos e cumpriram os princípios da Declaração de Helsínquia. Não se apresentam conflitos de interesses na investigação.

1.6 – Estratégia para análise dos dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, o teste de Cohen (d) para o tamanho do efeito, o teste t de Student para amostras emparelhadas, o teste de Kruskal-Wallis, o teste do Qui-quadrado de independência e a curva ROC (Receiver Operating Characteristic). O pressuposto do Qui-quadrado, de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5, foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados standardizados. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq 0,05$ (Pocinho, 2018).

As curvas ROC é uma técnica gráfica habitualmente usada em pesquisas para avaliar as capacidades discriminativas de um teste entre resultados positivos e negativos (doença, ausência de doença) (Akobeng, 2007).

Para este estudo, o destino de alta foi dicotomizado em 2 grupos: aqueles que receberam alta para o domicílio - positivos e aqueles que receberam alta para um ambiente institucional (UMDR, ULDM, Estrutura Residencial para Pessoa Idosa (ERPI)) - negativos. A curva ROC foi aplicada nesta pesquisa para identificar o corte relevante, para avaliar a eficácia e exatidão dos métodos de medição utilizados. A curva ROC foi utilizada retrospectivamente para calcular estatisticamente o ponto de corte para a pontuação MIF e IB na admissão e posteriormente na alta, em função do destino pós alta. A utilidade do ponto de corte é avaliada em termos de sensibilidade e especificidade desse valor limite, para classificar corretamente casos positivos e negativos, respetivamente.

Um dos métodos conhecidos para identificar a pontuação de corte “ideal” é o Índice de Youden”, encontra o ponto na curva ROC mais distante da classificação aleatória. O termo ótimo, portanto, refere-se ao ponto de corte que maximiza as classificações corretas e/ou minimiza as classificações incorretas (Akobeng, 2007).

A Área sob a Curva (AUC) (Area Under the curve) é um reflexo de quão bom é o teste em distinguir entre positivos e negativos. A AUC resume a capacidade discriminativa de

um teste. Quanto maior a AUC, melhor o teste, para ser perfeito teria uma AUC de 1,0. A AUC fornece uma estimativa da probabilidade de detetar corretamente um individuo ou acaso (acurácia do teste); uma AUC de 0,6 reflete uma chance de classificação correta de 60% do caso. Os valores da AUC são interpretados como: 0,5 (sem poder discriminativo); 0,5 - 0,7 (discriminação fraca); 0,7 - 0,8 (discriminação aceitável); 0,8 - 0,9 (discriminação boa); > 0,9 (discriminação excepcional) (Polo & Miot, 2020) (Metz, 1978).

A análise estatística foi efetuada com o software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 28.0 para Windows. As curvas de ROC e o Índice de Youden foram efetuadas com o software MedCalc® (Statistical Software) versão 20.218.

2 – Apresentação dos dados

Análise dos dados

A apresentação e análise dos dados inicia-se com a caracterização da amostra, através da apresentação de dados em forma de frequência e percentagem. Segue-se a caracterização da amostra em termos clínicos com uma tabela cruzada, de doenças classificadas na CID 11 e as patologias. Realizou-se a análise descritiva quer dos dias de internamento assim como do destino de alta.

Como o estudo recolheu dados de dois instrumentos de avaliação, foi necessário perceber a relação entre as duas escalas utilizando o Coeficiente de Correlação de Pearson. Em seguida fomos perceber se houve ganhos funcionais no decorrer do internamento e se estes eram estatisticamente significativos, utilizando o t de Student e o Teste de Cohen (d) para o tamanho do efeito.

Foi também analisada a relação entre as patologias e capacidade funcional na admissão com o teste de Kruskal-Wallis, assim como foi investigada a relação entre a idade e nível funcional na admissão com o Teste de Correlação de Pearson.

Para identificar um ponto de corte no nível funcional dado pelos valores do IB e da MIF, utilizamos as curvas ROC, dicotomizadas com o destino da alta. Por último fomos investigar se existia alguma relação entre o destino da alta, funcionalidade na alta e a situação sociofamiliar dos indivíduos com o teste de Qui-quadrado.

2.1 – Caracterização geral da amostra

A amostra foi constituída por 290 indivíduos, dos quais 57,6% (n=167) do sexo feminino, a maioria dos indivíduos (43,8%, n=127) encontravam-se casados seguidos dos viúvos com 37,6% (n=109). A idade dos indivíduos variou entres os 50 e os 96 anos, sendo a média de 77.43 ± de 9,8 anos.

Em relação à situação sociofamiliar observámos na Tabela 2 que 59,7% dos indivíduos (n=173) viviam com familiares. Os familiares eram a família nuclear (cônjuges e filhos) ou familiares com diferentes graus de relação (irmãos, primos ou sobrinhos). Observou-se que 38,3% dos indivíduos (n=111) viviam sozinhos e 2,1% dos indivíduos (n=6) encontravam-se institucionalizados.

Tabela 2 - Caraterização da amostra

	N	%
Idade		
média	77,43	
mediana	78,50	
desvio padrão	9,867	
máximo	96	
mínimo	50	
Sexo		
Masculino	123	42,4%
Feminino	167	57,6%
Estado civil		
Solteiro	36	12,4%
Casado	127	43,8%
Viúvo	109	37,6%
Divorciado	18	6,2%
Situação sociofamiliar		
Sozinho	111	38,3%
Familiares	173	59,7%
Instituição	6	2,1%
Total	290	100%

Caracterização da amostra segundo idade, sexo, estado civil e situação sociofamiliar.

3 – Resultados

Caracterização Clínica da amostra

Em relação ao diagnóstico de entrada, classificado segundo a CID 11, na Tabela 3 observou-se que o grupo mais representativo de indivíduos 35,2% (n=102) pertenciam ao Capítulo 22 - Lesões, envenenamento ou outras consequências de causa externa (capítulo onde se encontram as lesões de origem traumática ou acidental como as fraturas e queimaduras), de entre os quais 67,6% dos indivíduos (n=69), Tabela 4, apresentavam diagnóstico de fratura do colo do fémur e trocântéricas, com os restantes 32,4% (n=33) dos indivíduos com outros tipos de fraturas e traumatismos (Anexo 5).

Com 27,6% (n=80), os indivíduos com diagnóstico classificado no Capítulo 8 - Doenças do sistema nervoso, entre os quais com 83,8% (n=67) diagnosticados com AVC e os restantes 16,2% (n=13) diagnosticados com outras patologias do sistema nervoso (Anexo 6).

Classificados no Capítulo 12 - Doenças do aparelho respiratório (capítulo onde encontram as insuficiências respiratórias agudas ou crónicas e infeção e infeções do trato respiratório) foram 7,2% (n=21) dos indivíduos, dos quais 12 indivíduos (57,1%) diagnosticados com pneumonia e 9 indivíduos (42,9%) diagnosticados com insuficiência respiratória aguda/crónica descompensada.

Observámos que 7,2% (n=21) dos indivíduos pertencia ao Capítulo 11 - Doenças do Sistema circulatório (capítulo onde se encontram patologias cardíacas e insuficiências cardíacas crónicas), com 66,7% (n=14) dos indivíduos com diagnóstico de insuficiência cardíaca descompensada, os restantes indivíduos 33,3% (n=7) com outro tipo de patologia do aparelho circulatório (Anexo 7).

Com doença classificada no Capítulo 24 - Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contacto com os serviços de saúde (capítulo onde se encontram as situações de cirurgias programadas como artroplastia total da anca e outras situações como síndrome de imobilidade) estiveram 7,6% (n=22) dos indivíduos com diagnóstico predominante de Síndrome de imobilidade com 54,5% (n=12) (Anexo 8).

O diagnóstico de doenças neoplásicas verificou-se em 4,5% (n=13) dos indivíduos, dos quais 30,8 % (n= 4) por neoplasia do colon sujeitos a cirurgia e 3 indivíduos para gestão terapêutica de terapia oncológica os restantes 6 indivíduos por outras patologias oncológicas (Anexo 9).

No Capítulo 13 - Doenças do aparelho digestivo (capítulo onde se encontram as cirurgias de origem abdominal como hernioplastias ou fistulas intestinais e doenças dos órgãos abdominais), representada por 3,1% (n=9) dos indivíduos na sua maioria (77,8%) devido a patologia ou pós cirurgia abdominal (Anexo 10).

Com valores mais residuais de 2,8% (n=8) as Doenças do aparelho geniturinárias, na sua maioria por pielonefrite (Anexo 11).

Classificados no Capítulo 6 - Transtornos mentais e do comportamento, encontraram-se 1,4% dos indivíduos (n=4), devido a alterações do comportamento e demência, assim como o Capítulo 1 - Certas doenças infecciosas ou parasitárias (capítulo onde estão as doenças infecciosas por microrganismo como encefalites ou celulites) com o mesmo número de indivíduos com 1,4% (n=4) (Anexo XX).

Com frequência de 1% dos indivíduos (n=3), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e do Capítulo 15 - Doenças do Sistema músculo-esquelético (capítulo onde se encontram as doenças osteoarticulares degenerativas ou inflamatórias articulares ou musculares. (Anexo 12).

Tabela 3 - Classificação das doenças segundo a CID 11

	N	%
Certas doenças infecciosas ou parasitárias	4	1,4%
Neoplasias	13	4,5%
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas	3	1,0%
Transtornos mentais, comportamento ou do neurodesenvolvimento	4	1,4%
Doenças do sistema nervoso	80	27,6%
Doenças do aparelho circulatório	21	7,2%
Doenças do aparelho respiratório	21	7,2%
Doenças do aparelho digestivo	9	3,1%
Doenças do sistema músculo-esquelético ou tecido conjuntivo	3	1,0%
Doenças do aparelho geniturinário	8	2,8%
Lesões, envenenamentos ou outras consequências de causa externa	102	35,2%
Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contacto com os serviços de saúde	22	7,6%
Total	290	100%

Classificação dos diagnósticos de entrada dos indivíduos segundo 12 capítulos da CID 11.

Tabela 4 - Diagnóstico de Admissão e CID 11

	Capítulo/Diagnóstico		CID 11	
	N	%	N	%
Capítulo 1			4	1,4%
Encefalite, celulite, septicemia, meningite	4	100%		
Capítulo 2			13	4,5%
Neoplasia do colon sujeitos a cirurgia	4	30,8%		
Gestão terapêutica	3	23,1%		
Outras	6	46,1%		
Capítulo 5			3	1,0%
Descompensação diabética	3	100%		
Capítulo 6			4	1,5%
Alterações do comportamento	2	50,0%		
Demências	2	50,0%		
Capítulo 8			80	27,6%
AVC	67	83,8%		
Outras	13	16,2%		
Capítulo 11			21	7,2%
Insuf. cardíaca descompensada	14	66,7%		
Outras	7	33,3%		
Capítulo 12			21	7,2%
Pneumonia	12	57,1%		
Insuficiência respiratória aguda	9	42,9%		
Capítulo 13			9	3,1%
Hérnias abdominais/cirurgia	7	77,8%		
Outras	2	22,2%		
Capítulo 15			3	1,0%
Osteoartroses e formas de artrite	3	100%		
Capítulo 16			8	2,8%
Pielonefrite	4	50,0%		
Outras	4	50,0%		
Capítulo 22			102	35,2%
Fraturas do colo do fémur e trocantéricas	69	67,6%		
Outras	33	32,4%		
Capítulo 24			22	7,6%
Síndrome de imobilidade	12	54,5%		
PTJ e PTA	10	45,5%		
Total			290	100%

Classificação dos diagnósticos de entrada e sua frequência nos capítulos da CID 11

Da análise descritiva, observa-se na Tabela 5 que, em relação aos dias de internamento a média foi de 33,5 dias, com um máximo de 150 dias e um mínimo de 12 dias e um

desvio padrão de 13,1 dias. A maioria dos indivíduos 73,8% (n=214) permaneceram até 30 dias.

Tabela 5 - Número de dias de internamento

	N	%
Média	33,54	
Mediana	30,00	
Moda	30	
Desvio Padrão	13,16	
Mínimo	12	
Máximo	150	
Até 30 dias	214	73,8%
Mais de 30 dias	76	26,2%
Total	290	100%

Número de dias de internamento que os utentes permaneceram na UC

A maioria dos indivíduos da amostra, 65,5% (n=190), tiveram alta para o domicílio e para o domicílio com suporte da ECCI, 25,5% dos indivíduos (n=74) foram referenciados para outra tipologia da Rede sendo respetivamente, UMDR, ULDM. A alta com destino a Instituições registou-se em 9,0% dos indivíduos (n= 26), Tabela 6.

Tabela 6 - Local do destino após alta

	N	%
Domicílio	176	60,7%
UMDR	70	24,1%
ULDM	4	1,4%
Instituição	26	9,0%
Domicílio com ECCI	14	4,8%
Total	290	100%

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação; ULDM – Unidade de Longa duração e Manutenção; ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Para permitir uma maior visibilidade dos dados e futuras correlações em relação ao destino da alta, agruparam-se os indivíduos num grupo chamado “pré-evento” onde constaram os indivíduos com alta para domicílio, domicílio com ECCI e os indivíduos que residiam em instituições e que voltaram a situação anterior. Portanto, a situação “pré-evento” é o regresso à situação sociofamiliar ou de retaguarda pré-existente, formal ou informal, que o indivíduo tinha antes do evento que o levou à situação de internamento em UC. O outro grupo com indivíduos referenciados para UMDR, ULDM ou que foram para instituições (ERPI), no momento da alta da UC, que se chamou “outras respostas”. A maioria dos indivíduos 67,6% (n=196) regressaram a sua situação pré-evento como se observa na Tabela 7.

Tabela 7 - Destino pós alta por grupos

	N	%
Pré-evento	196	67,6%
Outras respostas	94	32,4%
Total	290	100%

Destino dos indivíduos após a alta da Unidade de Convalescença.

Como o estudo utilizou dois instrumentos de medida para avaliar o nível funcional, foi necessário perceber a relação entre as duas escalas utilizando o Coeficiente de Correlação de Pearson (Figura 1 e 2).

O coeficiente de correlação entre o IB e a MIF na admissão foi estatisticamente significativo, positivo e muito elevado ($r = 0,936$, $p < 0,001$). Assim, quanto mais elevado era o IB mais elevado é a MIF.

O coeficiente de correlação entre o IB e a MIF na alta foi estatisticamente significativo, positivo e muito elevado ($r = 0,942$, $p < 0,001$). Assim, quanto mais elevado era o IB mais elevado é a MIF.

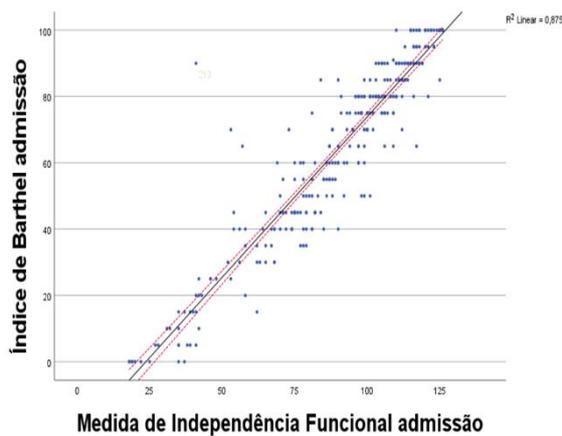


Figura 1 - Relação entre o IB e a MIF na Admissão. Aumento dos valores no Índice de Barthel refletem-se em aumento de valores na Medida de Independência Funcional no momento da admissão.

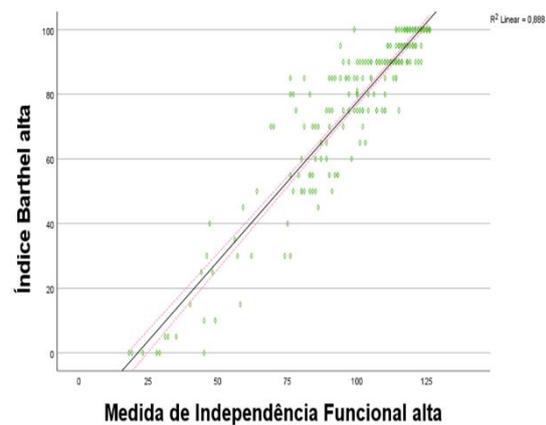


Figura 2 - Relação entre o IB e a MIF na alta. Aumento dos valores no Índice de Barthel refletem-se em aumento de valores na Medida de Independência Funcional na alta.

Os valores de dependência funcional na admissão e na alta, medidos com os instrumentos IB e MIF, podem ser apreciados na Tabela 8, nela indicamos os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão.

Tabela 8 - Instrumentos de Medida de Funcionalidade

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Índice de Barthel admissão	0	100	63,35	27,55
Índice Barthel alta	0	100	82,42	24,15
Medida de Independência Funcional admissão	18	126	89,13	26,60
Medida de Independência Funcional alta	18	126	104,87	23,11

Apresentação das médias e desvio padrão, na admissão e alta, do Índice de Barthel e da Medida de independência Funcional.

Quando comparámos os valores de IB e de MIF na admissão e alta com o t de Student, para perceber se os indivíduos tiveram ganhos funcionais, encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 9 - Comparação IB e MIF admissão e alta

	Admissão		Alta		Sig.	t
	M	DP	M	DP		
Índice de Barthel	63,35	27,55	82,42	24,15	.001***	289
Medida de Independência Funcional	89,13	26,60	104,87	23,11	.001***	289

*M – Média; DP – Desvio padrão; * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$ *** , $p \leq 0,001$*

Os valores de Barthel foram significativamente mais elevados no momento da alta, $t_{(289)} = 18.103$, $p < 0,001$.

Os valores de MIF foram significativamente mais elevados no momento da alta, $t_{(289)} = 18.131$, $p < 0,001$.

De seguida apresentamos na Tabela 10, o teste de significância estatística dos ganhos funcionais, para perceber o tamanho do efeito comparando as médias nos dois grupos.

Tabela 10 - Tamanho de efeito de amostra em pares

	Padronizador ^a	Estimativa de ponto	Intervalo de Confiança 95%	
			Inferior	Superior
IB alta- IB admissão	d de Cohen	17,938	1,063	0,918
	Correção de Hedges	17,985	1,060	0,916
MIFalta - MIF admissão	d de Cohen	14,779	1,065	0,920
	Correção de Hedges	14,817	1,062	0,918

a. O denominador usado na estimativa dos tamanhos dos efeitos. IB - Índice de Barthel; MIF- Medida de Independência Funcional.

Da observação da Tabela 10, o efeito foi considerado grande uma vez que os valores são todos superiores a 0,80 quer no d de Cohen quer pela Correção de Hedges.

Devido a variedade de patologias dos indivíduos da amostra, fomos verificar se existe uma correlação, como o Teste de Kruskal-Wallis, entre o tipo de doença e os valores de funcionalidade na admissão e na alta. As diferenças nos valores na admissão e na alta da IB e MIF em função da patologia não foram estatisticamente significativas, $p > 0,05$, conforme Tabela 11.

Tabela 11 - Correlação entre CID11 e capacidade funcional na admissão e na alta

Doenças		IB admissão	IB alta	MIF admissão	MIF alta
Cap. 22 – Lesões traumáticas	Média	64	88	91	110
	Desvio padrão	23	15	21	14
Cap. 12 - Doenças do aparelho respiratório	Média	50	75	75	95
	Desvio padrão	31	25	31	25
Cap. 11 - Doenças do aparelho circulatório	Média	64	88	89	107
	Desvio padrão	22	12	22	17
Cap. 8 - Doenças do sistema nervoso	Média	67	82	91	105
	Desvio padrão	31	28	29	26
Cap. 24 – Fatores que influencia a saúde	Média	68	80	94	103
	Desvio Padrão	26	32	29	33
Outras	Média	59	73	86	98
	Desvio padrão	31	31	30	28
	Sig.	0,116	0,078	0,181	0,118
	$X^2_{K-W(5)}$	8,827	9,899	7,586	8,773

Outras – agrupamento dos capítulos 1, 2, 5, 6, 13, 15, 16, que detinham um número reduzido de indivíduos num total de $n=66$; Cap. – capítulo; IB - Índice de Barthel; MIF- Medida de Independência Funcional.

Para perceber se a idade dos indivíduos tinha alguma relação com o nível funcional à entrada, utilizamos a Corelação de Pearson e verificámos que o coeficiente de

correlação entre o IB na admissão, MIF na admissão e a idade era estatisticamente significativo, negativo e fraco ($r = -0,270$, $p < 0,001$) e ($r = -0,261$, $p < 0,001$). Assim, à medida que aumenta a idade diminuía o IB e a MIF na admissão (Tabela 12).

Tabela 12 - Correlação entre idade e capacidade funcional

	MIF admissão	Idade	Sig.
IB admissão	0,936	-0,270	0,000***
MIF admissão	0,936	-0,261	0,000***

IB - Índice de Barthel; MIF- Medida de Independência Funcional; * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

Para identificar um ponto de corte no nível funcional dado pelos valores do IB e da MIF, utilizamos as curvas ROC, dicotomizado em 2 grupos: aqueles que receberam alta para o domicílio, e aqueles que receberam alta para um ambiente institucional (UMDR, ULDM, ERPI). Obtivemos os seguintes resultados conforme a Figura 3 e Figura 4.

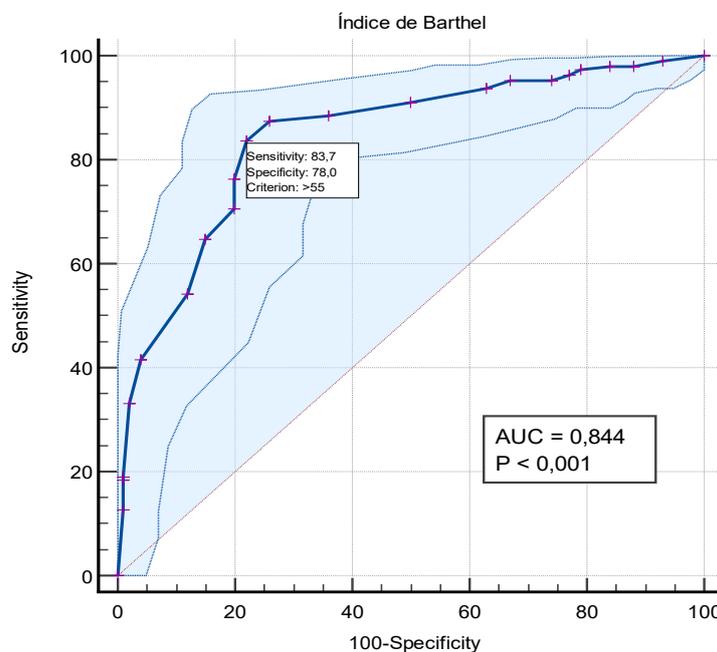


Figura 3 - Curva de ROC para valores de Índice de Barthel na admissão

A área sobre a curva (AUC) foi estatisticamente significativa, sendo o poder discriminante do modelo considerado como bom (0,844), Tabela 13.

Tabela 13 - Área sobre a curva - IB

Área	Erro padrão	Significância Assintótica	Intervalo de confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
0,844	0,0242	0,000***	0,797	0,884

A Área sobre a Curva de ROC no Índice de Barthel; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Da observação da Tabela 14, verificámos que o valor de corte ideal, pelo Índice de Youden, correspondia a um valor no Índice de Barthel inicial de 55, com uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 78%.

Tabela 14 - Índice de Youden para curva IB

J Índice de Youden	Critério associado	Sensibilidade	Especificidade
0,6168	>55	83,68	78,00

O resultado do Índice de Youden indica o ponto de corte de 55 no Índice de Barthel

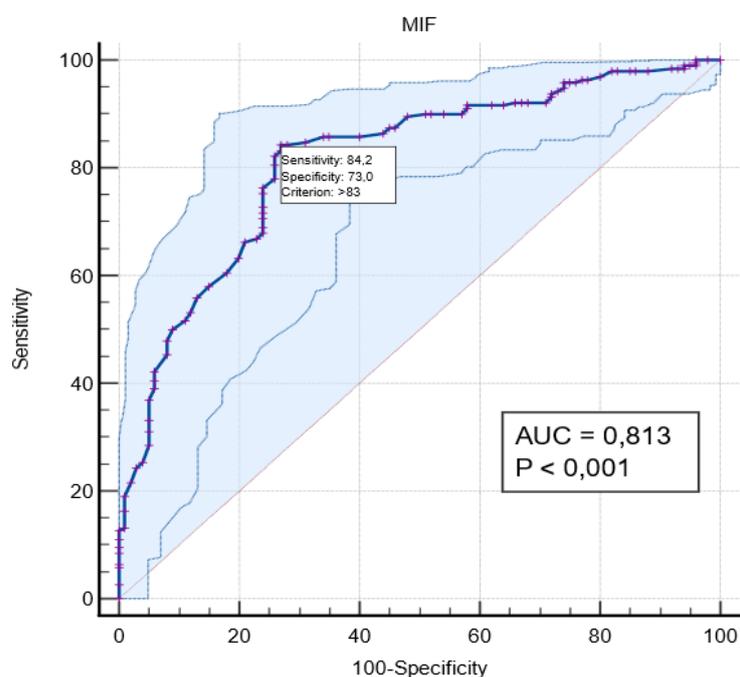


Figura 4 - Curva de ROC para MIF na admissão

A AUC foi estatisticamente significativa, sendo o poder discriminante do modelo considerado como bom (0,813), Tabela 15.

Tabela 15 - Área sobre a curva – MIF

Área	Erro padrão	Significância Assintótica	Intervalo de Confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
0,813	0,0263	0,000***	0,763	0,856

A Área sobre a Curva de ROC na Medida de Independência Funcional; * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

Da observação da Tabela 16, verificámos que o valor de corte ideal, pelo Índice de Youden, correspondia a um valor de MIF inicial de 83, com uma sensibilidade de 84% e uma especificidade de 73%.

Tabela 16 - Índice de Youden para Curva MIF

J Índice de Youden	Critério associado	Sensibilidade	Especificidade
0,5721	>83	84,21	73,00

O resultado do Índice de Youden indica o ponto de corte de 83 na MIF

Realizámos um teste de correlação entre os pontos de corte e o destino de alta. Pela observação da Tabela 17, verificámos que 86,5% (n=166) dos indivíduos com um valor acima de 55 no IB foram para domicílio na alta, Indivíduos com um nível de funcionalidade abaixo do ponto de corte no IB foram na sua maioria 75,5% (n=74) para outras respostas, $X^2_{(1)} = 110,284, < 0,001$.

Tabela 17 - Ponto de corte no IB e destino pós alta

Ponto corte IB		Destino pós alta		
		Domicílio	Outra resposta	Total
<55	Frequência	24	74	98
	% em Ponto corte IB	24,5%	75,5%	100,0%
	% em Destino pós alta	12,6%	74,0%	33,8%
	% do Total	8,3%	25,5%	33,8%
≥55	Frequência	166	26	192
	% em Ponto corte IB	86,5%	13,5%	100,0%
	% em Destino pós alta	87,4%	26,0%	66,2%
	% do Total	57,2%	9,0%	66,2%
Total	Frequência	190	100	290
	% em Ponto corte IB	65,5%	34,5%	100,0%
	% em Destino pós alta	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	65,5%	34,5%	100,0%

IB - Índice de Barthel

Pela observação da Tabela 18, verificámos que dos indivíduos que com um valor acima de 83 na MIF, 85,6% (n=160) foram para domicílio na alta, e Indivíduos com um nível

de funcionalidade abaixo do ponto de corte na MIF foram na sua maioria 70,9% (n=73) para outras respostas, $X^2_{(1)} = 93,632, < 0,001$.

Tabela 18 - Ponto de corte na MIF e destino pós alta

Ponto corte MIF		Destino pós alta		Total
		Domicílio	Outra resposta	
<83	Frequência	30	73	103
	% em Ponto corte MIF	29,1%	70,9%	100,0%
	% em Destino pós alta	15,8%	73,0,0%	35,5%
	% do Total	10,3%	25,2%	35,5%
≥83	Frequência	160	27	187
	% em Ponto corte MIF	85,6%	14,4%	100,0%
	% em Destino pós alta	84,2%	27,0%	64,5%
	% do Total	55,2%	9,3%	64,5%
Total	Frequência	190	100	290
	% em Ponto corte MIF	65,5%	34,5%	100,0%
	% em Destino pós alta	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	65,5%	34,5%	100,0%

MIF- Medida de Independência Funcional.

Da observação dos resultados confirmámos H1: Existe um nível de capacidade funcional, à data de admissão, acima do qual os utentes têm os ganhos esperados para uma unidade de convalescença. Da observação dos resultados confirmámos H2: Indivíduos com nível funcional abaixo do ponto de corte, enviados para Unidades de Convalescença crescem a necessidade de outras respostas na Rede e sociais.

3.1 – Capacidade funcional e destino pós alta

Procedemos a aplicação de curvas ROC, relacionando o destino da alta, com o IB e com a MIF na alta. Obtivemos os seguintes resultados conforme Figura 5 e Figura 6.

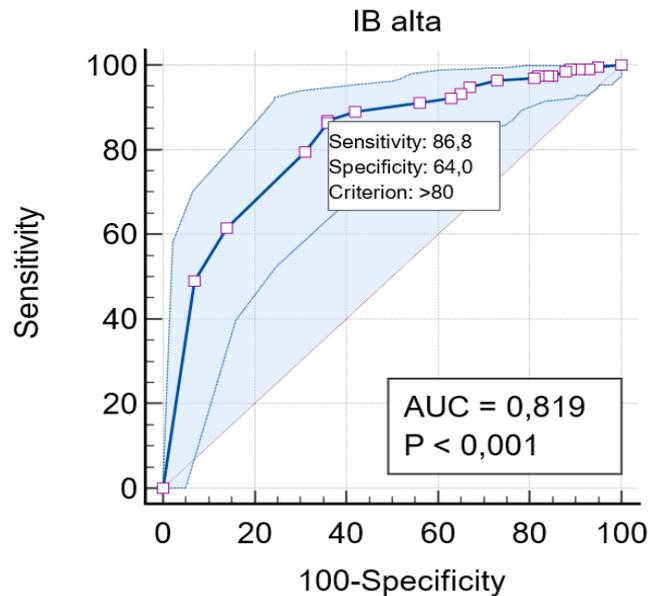


Figura 5 - Curva ROC para valores do Índice de Barthel na alta.

A AUC foi estatisticamente significativa, sendo o poder discriminante considerado como bom (0,819), conforme Tabela 19.

Tabela 19 - Área sobre a curva - IB alta

Área	Erro padrão	Significância Assintótica	Intervalo de confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
0,819	0,0256	0,000***	0,770	0,819

A Área sobre a Curva de ROC no Índice de Barthel; * $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq 0.001$

Da observação da Tabela 20, verificámos que o valor de corte ideal, pelo Índice de Youden, correspondia a um valor no Índice de Barthel na alta de 80, com uma sensibilidade de 87% e uma especificidade de 64%.

Tabela 20 - Índice de Youden para curva IB - alta

J Índice de Youden	Critério associado	Sensibilidade	Especificidade
0,5084	>80	86,84	64,00

O resultado do Índice de Youden indica o ponto de corte de 80 no Índice de Barthel na alta

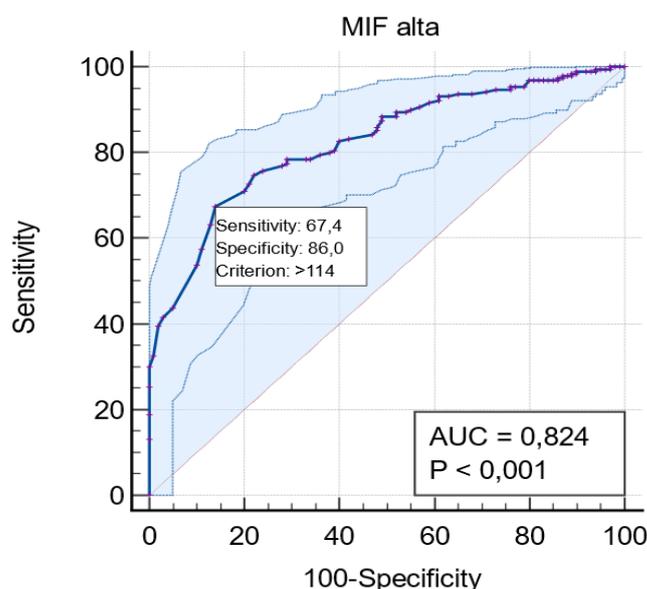


Figura 6 - Curva ROC para valores da Medida de Independência Funcional na alta

A AUC foi estatisticamente significativa, sendo o poder discriminante do modelo considerado como bom (0,824), conforme Tabela 21.

Tabela 21 - Área sobre a curva - MIF alta

Área	Erro padrão	Significância Assintótica	Intervalo de Confiança 95%	
			Limite inferior	Limite superior
0,824	0,0241	0,000***	0,775	0,866

A Área sobre a Curva de ROC na Medida de Independência Funcional; * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$

Da observação da Tabela 22, verificámos que o valor de corte ideal, pelo Índice de Youden, correspondia a um valor de MIF na alta de 114, com uma sensibilidade de 67% e uma especificidade de 86%.

Tabela 22 - Índice de Youden para Curva MIF - alta

J Índice de Youden	Critério associado	Sensibilidade	Especificidade
0,5337	>114	67,37	86,00

O resultado do Índice de Youden indica o ponto de corte de 114 na MIF na alta

Fomos correlacionar os pontos de corte do IB e MIF no momento da alta e o destino da alta. Da observação da Tabela 23, constatou-se que os indivíduos que na alta apresentavam um nível no IB ≥ 80 foram na sua maioria 80,1% (n= 169) para o domicílio, (73,9% para o domicílio e 6,2% para domicílio com ECCI). Indivíduos com IB na alta inferior a 80, na sua maioria, 73,4%, (n=58) foram para outras respostas com Instituição ou referenciados para UMDR e ULDM, $X^2_{(4)} = 75.243, < 0,001$.

Tabela 23 - Índice de Barthel na alta e destino na alta

Destino pós alta		Barthel		Total
		< 80	≥ 80	
Domicílio	Frequência	20	156	176
	% Barthel	25,3%	73,9%	60,7%
UMDR	Frequência	38	32	70
	% Barthel_	48,1%	15,2%	24,1%
ULDM	Frequência	2	2	4
	% Barthel_	2,5%	0,9%	1,4%
Instituição	Frequência	18	8	26
	% Barthel	22,8%	3,8%	9%
Domicílio com ECCI	Frequência	1	13	14
	% Barthel	1,3%	6,2%	4,8%
Total	Frequência	79	211	290
	% Barthel_	100,0%	100,0%	100,0%

UMDR – Unidade de Média duração e Reabilitação, ULDM – Unidade de Longa duração e manutenção, ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Da observação da Tabela 24, verificou-se que os indivíduos que na alta apresentavam um nível na MIF ≥ 114 foram na sua maioria 87,1% (n= 135) para o domicílio, (80,0% para o domicílio e 7,1% para domicílio com ECCI). Indivíduos com MIF na alta inferior a 104, na sua maioria, 59,3%, (n=80) foram para outras respostas com Instituição ou referenciados para UMDR e ULDM, $\chi^2_{(4)} = 70,644, < 0,001$.

Tabela 24 - Medida de Independência Funcional na alta e destino de alta

Destino pós alta		MIF		Total
		< 114	≥ 114	
Domicílio	Frequência	52	124	176
	% MIF	38,5%	80,0%	60,7%
UMDR	Frequência	56	14	70
	% MIF	41,5%	9,0%	24,1%
ULDM	Frequência	2	2	4
	% MIF	1,5%	1,3%	1,4%
Instituição	Frequência	22	4	26
	% MIF	16,3%	2,6%	9%
Domicílio com ECCI	Frequência	3	11	14
	% MIF	2,2%	7,1%	4,8%
Total	Frequência	135	155	290
	% MIF	100,0%	100,0%	100,0%

MIF – Medida de Independência Funcional

Da observação dos resultados confirmámos H3: Os indivíduos com maior capacidade funcional têm alta para o domicílio.

3.2 – Grupos de alta e Situação Sociofamiliar

Da observação das Tabelas 23 e 24, verificámos que existiam indivíduos com valores acima do ponto de corte de 80 para IB e 114 para MIF cujo destino foram outras

respostas da Rede e instituições. Fomos verificar a relação do destino da alta, funcionalidade e situação sociofamiliar.

Da observação da Tabela 25 constatou-se que, a maioria dos indivíduos (56,1%, n= 23) com IB na alta ≥ 80 que foram encaminhados para outras respostas da rede ou instituições, viviam sozinhos. A maioria de indivíduos 92,3% (n=24) com IB final < 80 e que regressaram à situação pré-evento tinham retaguarda de familiares ou de instituição, $X^2_{(6)} = 54,354, < 0,001$.

Tabela 25 - Ponto corte IB alta, destino alta e situação sociofamiliar

Grupos		Situação Sociofamiliar			Total
		Sozinho	Familiares	Instituição	
Barthel ≥ 80 e outras respostas	Frequência	23	18	0	41
	% ponto corte	56,1%	43,9%	0,0%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	20,7%	10,4%	0,0%	14,1%
Barthel ≥ 80 e pré-evento	Frequência	62	107	1	170
	% ponto corte	36,5%	62,9%	0,6%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	55,9%	61,8%	16,7%	58,6%
Barthel < 80 e outras respostas	Frequência	24	29	0	53
	% ponto corte	45,3%	54,7%	0,0%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	21,6%	16,8%	0,0%	18,3%
Barthel < 80 e pré-evento	Frequência	2	19	5	26
	% ponto corte	7,7%	73,1%	19,2%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	1,8%	11,0%	83,3%	9%
Total	Frequência	111	173	6	290
	% ponto corte	38,3%	59,7%	2,1%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relação entre o Índice de Barthel na alta e o destino dos indivíduos na alta

Da observação da tabela 26 constatou-se que, a maioria dos indivíduos (70,0%, n= 14) com MIF na alta ≥ 114 que foram encaminhados para outras respostas da rede ou

instituições, viviam sozinhos. A maioria de indivíduos 83,6% (n=51) com MIF final <114 e que regressaram à situação pré-evento tinham retaguarda de familiares ou de instituição, $X^2_{(6)} = 41,504, < 0,001$.

Tabela 26 - Ponto corte MIF alta, destino de alta e situação sociofamiliar

Grupos		Situação Sociofamiliar			Total
		Sozinho	Familiares	Instituição	
MIF ≥ 114 e outras respostas	Frequência	14	6	0	20
	% ponto corte	70,0%	30,0%	0,0%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	12,6%	3,5%	0,0%	6,9%
MIF ≥ 114 e pré-evento	Frequência	54	81	0	135
	% ponto corte	40,0%	60,0%	0,0%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	48,6%	46,8%	0,0%	46,6%
MIF <114 e outras respostas	Frequência	33	41	0	74
	% ponto corte	44,6%	55,4%	0,0%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	29,7%	23,7%	0,0%	25,53%
MIF <114 e pré-evento	Frequência	10	45	6	61
	% ponto corte	16,4%	73,8%	9,8%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	9,0%	26,0%	100,0%	21,0
Total	Frequência	111	173	6	290
	% ponto corte	38,3%	59,7%	2,1%	100,0%
	% Situação Sociofamiliar	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Relação entre a MIF na alta e o destino dos indivíduos na alta; MIF – Medida de Independência Funcional

Da observação dos resultados confirmámos a H4: Os indivíduos com maior capacidade funcionalidade que não regressam ao domicílio, não têm retaguarda sociofamiliar. Confirmámos H5: Os indivíduos com menor capacidade funcionalidade e que regressam ao domicílio têm retaguarda sociofamiliar.

4 – Discussão

A criação da RNCCI em Portugal foi um importante passo na prestação de cuidados de saúde de forma integrada, criando condições para uma progressiva transição de um modelo biomédico para um modelo biopsicossocial com uma visão integrada do indivíduo nas suas múltiplas dimensões, física, psíquica e sociofamiliar, com um olhar holístico na necessidade, planeamento e prestação de cuidados.

A Rede veio permitir uma transição dos doentes subagudos hospitalares para cuidados diferenciados multidisciplinares antes da sua reintegração no seu entorno sociofamiliar. O desafio coloca-se na magnitude do envelhecimento da população, com o aumento da incidência de multimorbilidades e consequente comprometimento da funcionalidade.

A gestão em saúde é crucial, na dimensão do planeamento e prestação de cuidados, desempenha um papel crítico para garantir que as organizações de saúde ofereçam cuidados de alta qualidade, seguros e eficientes aos doentes.

Além disso, a gestão desempenha um papel crítico no planeamento estratégico, essencial para o sucesso de longo prazo das organizações de saúde e da sua sustentabilidade. A gestão, também tem um importante papel em garantir que as organizações de saúde respondam às mudanças no cenário da saúde, incluindo avanços na tecnologia, mudanças nos modelos de reembolso e evolução das necessidades e preferências dos doentes.

Na Rede, as necessidades percebidas conduzem a uma crescente necessidade da monitorização e da avaliação da trajetória a seguir, dada a disfunção entre as reais necessidades da população e a forma como a Rede está a crescer. Segundo Costa J. (2015) é crucial, portanto a avaliação para a manutenção e incremento da rede, refletindo sobre a forma como esta se vai ajustar as necessidades de saúde dos portugueses (da Costa & Mourão, 2015).

As alterações fisiológicas características do envelhecimento e a presença cada vez maior das multimorbilidades, estão associados ao desenvolvimento de limitações funcionais. A capacidade funcional é um importante indicador da saúde dos idosos segundo Aguiar (2019), dado que o seu decréscimo acarreta riscos da perda de independência e autonomia na realização das atividades diárias como os autocuidados (de Aguiar et al., 2019). A manifestação mais evidente, de mau estado de saúde na população, é a perda

da funcionalidade, particularmente na perda de autonomia em diferentes tipos de AVD's (Patrizio et al., 2021).

A Rede enfrenta então um enorme desafio, na contribuição para o incremento da autonomia dos seus utilizadores, mantendo o foco na funcionalidade, desde a referenciação dos utentes para as tipologias da Rede até ao processo de planeamento da alta. No percurso do utente na Rede é extremamente importante considerar as suas necessidades e preferências individuais, assim como o seu entorno sociofamiliar no processo da alta.

A referenciação de indivíduos para o internamento de convalescência segue critérios, de entre os quais, a indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias. No final desta tipologia de internamento é espectável que os indivíduos estejam autónomos ou com um nível capacidade funcional que lhes permita regressar à sua situação sociofamiliar anterior ao evento motivador do internamento em UC.

No entanto, os critérios utilizados no processo de seleção/identificação, em relação ao nível funcional são pouco assertivos, deixa à consideração dos profissionais a previsibilidade do tempo de recuperação e a sua referenciação para as várias tipologias. A prestação de cuidados e o condicionamento da referenciação, segundo Santana R. (2017), pode está relacionado com os prestadores existentes na região e não com as características dos doentes (Santana et al., 2017).

O objetivo deste estudo surgiu da necessidade de encontrar critérios de referenciação, tentando-se perceber se existia um nível funcional na admissão, para o qual os utentes têm os ganhos esperados para um internamento de 30 dias, de forma, a recuperarem a capacidade funcional necessária para o seu regresso ao domicílio. Nesta amostra de estudo, heterogénea, com características muito próprias, o ponto de corte encontrado foi de 55 no IB e de 83 na MIF, reflete uma probabilidade respetivamente de 84% e 81% do retorno ao domicílio, nos utentes admitidos com esse valor de ponto de corte ou superiores.

A hipótese levantada sobre a existência de um nível de capacidade funcional, à data de admissão, acima do qual os utentes têm os ganhos esperados para uma unidade de convalescência, confirma-se. Verificámos que, a grande maioria dos indivíduos com um valor acima de 55 valores no IB e 83 valores na MIF, foram para domicílio na alta. Outros estudos referem níveis de dependência para quantificar ou predizer ganhos funcionais na alta, quer com valores na admissão quer na alta. Utilizam pontos de corte definidos na literatura para os instrumentos de medida, ou com definição de valores por teste

estatísticos, deferindo nos valores consoante a população dos estudos (Reistter et al., 2010) (Inui et al., 2021) (Thorpe et al., 2018) (Strini et al., 2020). Verifica-se que são unânimes ao afirmar que indivíduos com níveis funcionais mais baixos, tem menor probabilidade de conseguirem os ganhos funcionais de indivíduos que, a partida, apresentam maior níveis de funcionalidade (Arcolin et al., 2021).

Desta forma, no presente estudo, também confirmámos que indivíduos com nível funcional abaixo do ponto de corte, enviados para UC crescem a necessidade de respostas sociais e outras respostas na Rede. De facto, indivíduos que entraram na unidade com um nível de dependência abaixo dos pontos de corte foram na sua maioria (75,5% pelo IB e 70,9% pela MIF) para outras tipologias da Rede ou para instituição. A referenciação para a UC de indivíduos com maior incapacidade leva a uma duplicação de respostas da Rede, com consequente sobre utilização da UC e aumento do tempo de espera por parte de utentes com necessidade urgente de reabilitação. Acresce os gastos em saúde, uma vez que as UC's são a tipologia com maiores custos em termos de pagamento diário. Apesar da maioria dos indivíduos ter permanecido 30 dias na Unidade, 26,2% (n=76) ficou mais de 30 dias, chegando a permanecerem até 150 dias a aguardar vaga em UMDR e ULDM. Num estudo Ramos (2021) refere que indivíduos que ficam mais de 30 dias em UC's são aqueles com menor potencial de recuperação ou sem apoio sociofamiliar (Ramos et al., 2021).

Ao verificar que, apesar do ponto de corte na admissão, existiam indivíduos que mesmo com valores acima de 55 no IB e 83 na MIF, foram para outras respostas da Rede ou instituições, fomos verificar o nível de funcionalidade dos indivíduos à saída. Seguindo a mesma orientação da investigação, aplicamos curvas ROC para encontrar um ponto de corte no nível do IB e MIF à saída que estivesse relacionado com o destino da alta. Verificámos que a maioria dos indivíduos (73,5% e 80%) com um nível funcional maior que 80 na IB e 114 na MIF o destino da alta foi o domicílio, confirmando assim a hipótese que os indivíduos com maior capacidade funcional têm alta para o domicílio.

Verificámos também, que indivíduos com bom nível funcional foram referenciados para outras respostas da Rede ou foram para ERPI, e que existia uma relação com a sua situação sociofamiliar, ou seja, eram indivíduos que não tinham retaguarda familiar. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que referem a situação sociofamiliar como um fator que influencia a alta dos indivíduos, quer do meio hospitalar quer de serviços de reabilitação, quer pela necessidade de permanecerem mais dias ou pela necessidade de obterem maiores níveis de independência funcional na alta quando vivem sozinhos (Bottemiller et al., 2006) (Reistter et al., 2010). Para *Canadian Institute*

for Health Information, a funcionalidade é o mais forte preditor da alta para o domicílio seguido do suporte familiar (Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2009). Indivíduos sem retaguarda formal ou informal, são os que permanecem mais tempo internados na Rede (Ramos et al., 2021), pois a maioria dos cuidados prestados a pessoas idosas é assegurados por familiares (da Costa & Mourão, 2015). O comprometimento funcional e alterações cognitivas, a falta de apoio social e o facto de os indivíduos habitarem sozinhos são fatores preditivos de institucionalização (Lopes M. J., et al., 2021).

As alterações cognitivas, poderiam ser uma explicação para a referenciação para outras tipologias ou instituições, ainda que a MIF abordar de certa forma esta dimensões, pela avaliação da comunicação, memória, resolução de problemas e relacionamento social. No entanto, este facto pode ser uma limitação deste estudo assim como não termos excluído os indivíduos com este problema.

Os instrumentos de medida neste estudo apresentam uma correlação muito elevada como em outros estudos (Ciancarelli et al., 2020). Estes instrumentos de medida são amplamente utilizados para avaliar a capacidade funcional do individuo, com diferentes patologias, principalmente no que diz respeito à sua capacidade de realizar AVD's, fornecendo dados que permitem o planeamento de cuidados assim como são preditores de ganhos funcionais, o que permite a tomada de decisões no processo dos cuidados e da alta (Ostwald et al., 2008) (Hershkovitz et al., 2015) (Jeong et al., 2014) (Tomita et al., 2021) (Strini et al., 2020). Os estudos apontam como sendo os instrumentos mais usados na avaliação de incapacidade, no entanto o IB mais usado em estudos europeus e a MIF em Estudos da América do Norte (Sangha et al., 2005).

A utilização dos pontos de corte pelas curvas ROC permitiu-nos a visualização de níveis funcionais para a população em estudo, refletem de uma forma mais fidedigna a realidade da amostra no seu contexto biopsicossocial. As indicações fornecidas pela literatura para classificar níveis funcionais com os instrumentos utilizados, são redutoras e desacuadas, quando queremos comparar populações diferentes em contextos deferentes. Outros estudos recentes (Shirahama et al., 2020) (Kurokawa et al., 2018) utilizaram curvas ROC para definir pontos de corte no nível funcional nas suas populações, quer na admissão, alta, e relacionando-os com os ganhos ou ocorrência de efeitos adversos, abandonando a ideia de níveis pré-definido.

Achamos que a utilização das curvas ROC são muito uteis em amostras com características tão heterogéneas como as deste estudo. A amostra deste estudo continha indivíduos com diferentes diagnostico de admissão, sendo necessário 12

capítulos da CID 11 para os classificar. A classificação das patologias encontradas pela CID 11 não se revelou um espelho dum agrupamento coerente dos diagnósticos de entrada.

Na verdade, este processo de classificação, não aborda morbilidades, mas sim rótulos de doença facto que poderá ser uma limitação do estudo. Verificamos que os valores da capacidade funcional quer na admissão quer na alta não tinham nenhuma relação com a classificação da doença, assim como, os valores funcionais na alta foram mais elevados e estatisticamente significativos, com o efeito do ganho considerado grande. Nenhuma doença classificada na CID11 revelou melhor ou pior nível funcional, quer na admissão quer na alta, apresentando a amostra ganhos funcionais.

Outro fator a considerar são as multimorbilidades e a idade dos indivíduos da amostra. Os adultos jovens apresentam características diferentes, que influenciam a sua recuperação de forma diferente, que os adultos seniores (JafariNasabian et al., 2017) (Yi-Hsuan Lin1, 2020). Excluíram-se, portanto, 6 indivíduos da amostra que tinham menos de 45 anos. Manuel Serrano-Alarcón (2017) refere no seu estudo que Portugueses com 50 anos apresentam alterações funcionais e piores que em comparação com Itália e Espanha (Serrano-Alarcón & Perelman, 2017). Neste estudo encontrou-se uma relação da idade com o nível funcional, a medida que a idade avança pior o nível funcional à entrada, indo ao encontro de um estudo feito nas UC's em Portugal, que refere que quanto mais avançada a idade maior o nível de dependência (Ramos, A, 2021).

As multimorbilidades estão presentes cada vez mais na população, com uma influência na capacidade funcional, na qualidade de vida e com aumentos dos gastos em saúde (Prados-Torres et al., 2012). Neste estudo não foram quantificadas, mas a sua presença é transversal a todos os indivíduos, condicionando a capacidade funcional de cada um, com maior ou menor impacto. Num estudo de Marengoni A. (2021) refere que as doenças e a sua combinação podem ter piores efeitos no declínio funcional que as comorbilidades que os indivíduos partilham (Marengoni et al., 2021). Shirley L. (2016) refere no seu estudo que as comorbilidades podem influenciar o desempenho, mas a funcionalidade é melhor preditor que as comorbilidades, afirmando que a função melhora independente das comorbilidades (Shih et al., 2016).

Na prática diária dos profissionais no atendimento dos utentes na Rede, produzem-se uma enorme quantidade de dados, muitas vezes com duplicação do uso de instrumentos de medida e avaliação, como no caso deste estudo. A presença da CIF na plataforma da Rede poderá ser um instrumento com enorme potencialidade, mas neste

momento está subutilizado e em termos práticos não reflete nenhuma utilidade. Este estudo utilizou dados de dois instrumentos que se revelaram semelhantes, apesar de um instrumento ser mais rápido e menos complexo de utilizar. Estes dados são cruciais para compreender, planear, estruturar e gerir cuidados de saúde.

Na Rede, é premente a análise desta dimensão da funcionalidade, só assim é possível perceber o seu impacto nas patologias, os gastos relacionados com o tratamento, planear intervenções de prevenção, referenciar de forma mais efetiva, prestar cuidados de forma mais eficaz. As Equipas de gestão de alta necessitam de guidelines sobre a funcionalidade dos utentes, avaliadas á luz da situação sociofamiliar e estado cognitivo destes, para que as referenciações que são a porta de entrada na Rede, sejam cada vez mais pautadas pela eficácia e eficiência na gestão deste recurso de saúde tão importante que é a Rede.

5 – Limitações do estudo

Uma limitação, ou precaução, na interpretação dos resultados envolve o facto de que a especificidade e a sensibilidade do ponto de corte fornecem informações a nível amostral da capacidade diagnóstica de um instrumento de medida, ou seja, elas não fornecem uma estimativa da probabilidade de um indivíduo experimentar um determinado resultado. No entanto, elas podem ser usadas juntamente com as informações de prevalência do resultado para determinar a probabilidade a nível individual.

Outra limitação do estudo, foi o facto de se tratar de um estudo observacional retrospectivo, não constando da base de dados as condições de acessibilidade e barreiras arquitetónicas das habitações dos indivíduos. O regresso ao domicílio poderá ter sido condicionado, não só, pela retaguarda familiar, mas também com as condições de habitabilidade, assinalando-se assim, a necessidade do uso de instrumentos integrativos de funcionalidade.

O facto de o estudo, não ter tido em conta as multimorbilidades e os processos de demência, também poderá ter causado algum viés principalmente nos resultados dos indivíduos que adquiriram boa capacidade funcional e não regressaram ao domicílio.

A recolha dos dados ocorreu após início da pandemia de Covid – 19. Nesse período na UC, interromperam-se os ensinamentos aos cuidadores dos utentes na véspera do regresso ao domicílio. Este facto poderá também condicionar os resultados obtidos, principalmente dos indivíduos que adquiriram boa capacidade funcional e que tinham retaguarda familiar e foram para outras respostas.

6 – Conclusão

A funcionalidade é um conceito estruturante na dimensão terapêutica e no prognóstico dos doentes admitidos numa rede Nacional de Cuidados Continuados.

Este estudo demonstrou a possibilidade de encontrar um ponto de corte a nível da capacidade funcional, no momento de admissão dos utentes numa UC. Os valores do IB e da MIF superiores ao ponto de corte, sugerem uma elevada probabilidade do regresso ao domicílio.

Percebemos ainda que existem outros fatores que podem influenciar a alta dos utentes, nomeadamente o contexto familiar. Os doentes que não têm suporte familiar são os mais referenciados para outras respostas de Rede, mesmo com níveis de funcionalidade mais elevados no momento da alta.

Consideramos necessária uma replicação deste estudo em outras UC, bem como em outras tipologias de prestação de cuidados dentro da Rede. A gestão dos ganhos funcionais e a análise dos pontos de corte, poderiam promover uma nova identificação de critérios de referenciação e de gestão sustentada.

Bibliografia

- ACSS-DRS. (2020). *Relatorio de Monitorização da RNCCI Anual 2020*. ACSS - DRS. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio-de-Monitorização-da-RNCCI-Anual-2020-VF.pdf>
- ACSS. (2006). *A prestação de cuidados nas unidades de convalescença: Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI*. [http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidados-continuados/RNCCI Enquadramento das unidades de convalescencia%282%29.pdf](http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/cuidados-continuados/RNCCI%20Enquadramento%20das%20unidades%20de%20convalescencia%282%29.pdf)
- Ahrenfeldt, L. J., Lindahl-Jacobsen, R., Rizzi, S., Thinggaard, M., Christensen, K., & Vaupel, J. W. (2018). Comparison of cognitive and physical functioning of Europeans in 2004-05 and 2013. *International Journal of Epidemiology*, 47(5), 1518–1528. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy094>
- Akobeng, A. K. (2007). Understanding diagnostic tests 3: Receiver operating characteristic curves. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 96(5), 644–647. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2006.00178.x>
- Alexandre, T. da S., Corona, L. P., Nunes, D. P., Santos, J. L. F., Duarte, Y. A. de O., & Lebrão, M. L. (2014). Disability in instrumental activities of daily living among older adults: Gender differences. *Revista de Saude Publica*, 48(3), 379–389. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004754>
- Almeida, P. M. D. de, Pereira, C. S., Santos, H. F. C. M. dos, Martins, A. C., Vital, E., Noronha, T., Costa, R. J. D., Jacobsohn, L., & Caldas, A. C. (2016). Categorização CIF de instrumentos de medida e intervenções utilizadas na Fisioterapia em sujeitos com AVC. *Cadernos de Saúde*, 8, 16–37. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2016.2856>
- Alonso, M. R., Sellius, A. B., Buttigieg, G., Correia, D., Lopes, B. C., Fabregat, G., de Flor de Lima, M. T., Penalta, M. G., Goran, G., Jutila, L., Kinnunen, M., Kotlinska-Lemieszek, A., Krzan, M., Launois, F., Ljutow, A., Machado, I., Margarit, C., Marttinen, M., Morlion, B., ... Wilkinson, J. (2022). Why do we need to implement the ICD-11? When pain science and practice meet policies. *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 26(9), 2003–2005. <https://doi.org/10.1002/ejp.2015>
- Alves, L. C., Leite, I. D. C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: Uma revisão de literatura. *Ciencia e Saude Coletiva*, 13(4), 1199–1207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
- Araújo, F., Oliveira, A., Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.

- Arcolin, I., Godi, M., Giardini, M., Guglielmetti, S., & Corna, S. (2021). Does the type of hip fracture affect functional recovery in elderly patients undergoing inpatient rehabilitation? *Injury*, 52(8), 2373–2378. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.04.001>
- Ataíde, E. D. P. (2014). *Perspetiva analítica da evolução da política pública desde a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados à Rede Nacional de Cuidados Paliativos*. [Dissertação] ISCT Universidade de Lisboa.
- Badache, A. C., Mäki-Torkko, E., Widen, S., & Fors, S. (2022). Why Are Old-Age Disabilities Decreasing in Sweden and Denmark? Evidence on the Contribution of Cognition, Education, and Sensory Functions. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 78(3), 483–495. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac118>
- Bakx, P. (2010). *Determinants of long-term care use*. University Rotterdam.
- Barke, A., Korwisi, B., Casser, H. R., Fors, E. A., Geber, C., Schug, S. A., Stubhaug, A., Ushida, T., Wetterling, T., Rief, W., & Treede, R. D. (2018). Pilot field testing of the chronic pain classification for ICD-11: The results of ecological coding. *BMC Public Health*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6135-9>
- Birtha, M., Rodrigues, R., Zólyomi, E., Sandu, V., & Schulmann, K. (2019). From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people. In *From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people*. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/3514>
- Black, T. M., Soltis, T., & Bartlett, C. (1999). Using the Functional Independence Measure instrument to predict stroke rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 24(3), 109–115. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1999.tb02151.x>
- Bottemiller, K. L., Bicker, P. L., Basford, J. R., & Harris, M. (2006). FIM score, FIM efficiency, and discharge disposition following inpatient stroke rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 31(1), 22–25. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00006.x>
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2009). Factors predicting discharge home from inpatient rehabilitation after stroke. *Stroke*, 1–18. <http://www.pulsus.com/cc2009/abs/552.htm>
- Case, A., & Deaton, A. (2021). Life expectancy in adulthood is falling for those without a BA degree, but as educational gaps have widened, racial gaps have narrowed. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(11), 1–6. <https://doi.org/10.1073/PNAS.2024777118>
- Cauley, J. A., Lui, L. Y., Barnes, D., Ensrud, K. E., Zmuda, J. M., Hillier, T. A., Hochberg, M. C., Schwartz, A. V., Yaffe, K., Cummings, S. R., & Newman, A. B. (2009). Successful skeletal aging: A marker of low fracture risk and longevity. The Study of Osteoporotic Fractures (SOF). *Journal of Bone and Mineral Research*, 24(1), 134–143. <https://doi.org/10.1359/jbmr.080813>
- Christensen, K., Thinggaard, M., Oksuzyan, A., Steenstrup, T., Andersen-Ranberg, K., Jeune, B., McGue, M., & Vaupel, J. W. (2013). Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: A comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *The Lancet*, 382(9903), 1507–1513. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60777-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60777-1)
- Ciancarelli, I., Morone, G., Iosa, M., Paolucci, S., Pignolo, L., Tonin, P., Cerasa, A., & Ciancarelli, M.

- G. T. (2020). Adipokines as Potential Biomarkers in the Neurorehabilitation of Obese Stroke Patients. *Current Neurovascular Research*, 17(4), 437–445. <https://doi.org/10.2174/1567202617666200603150901>
- Clemmensen, F. K., Hoffmann, K., Siersma, V., Sobol, N., Beyer, N., Andersen, B. B., Vogel, A., Lolk, A., Gottrup, H., Høgh, P., Waldemar, G., Hasselbalch, S. G., & Frederiksen, K. S. (2020). The role of physical and cognitive function in performance of activities of daily living in patients with mild-to-moderate Alzheimer’s disease – a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01926-9>
- Cruz, R. C. A. (2016). *Cuidados Continuados em Portugal – Uma Avaliação da sua Integração no Sistema de Saúde Portugues* [Dissertação] Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13095/1/DM-RCAC-2016.pdf>
- da Costa, J. L., & Mourão, V. (2015). The risk perspective in Portugal’s National Network For Integrated Continuous Care (RNCCI): An evaluation by health experts and decision-makers. *Saude e Sociedade*, 24(2), 501–514. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200009>
- de Aguiar, V. F. F., Dos Santos, B. S. C., Gomes, D. C. N., & Tavares, T. C. A. (2019). Assessment of the functional capacity and quality of life of Brazilian elderly people living in a community. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(21), 59–66. <https://doi.org/10.12707/RIV19011>
- de Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., & Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does the institutionalization influence elderly’s quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Biopsychosocial aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Escoval, A., Santos, A. T. L., & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal : O caso dos cuidados de saúde primários , dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados . Contribution to the understanding of the health financing in Portugal : The case of primar. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 17–27. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858>
- Falk, H., Johansson, L., Östling, S., Thøgersen agerholm, K., Staun, M., Dørfinger, L. H., & Skoog, I. (2014). Functional disability and ability 75-year-olds: A comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart. *Age and Ageing*, 43(5), 636–641. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu018>
- Fiedler, R. C., & Granger, C. V. (1996). The Functional Independence Measure: A Measurement of Disability and Medical Rehabilitation. *Functional Evaluation of Stroke Patients*, 75–92. https://doi.org/10.1007/978-4-431-68461-9_7
- Finanças, Trabalho, S. E. S. S. E. S. (2021). Portaria n.º 140/2021. In *Diário da República*, 1.ª série – N.º 119 – 23 de junho de 2016 (Issue Finanças, Trabalho, Solidariedade E Segurança Social E Saúde, pp. 5–18). <https://files.dre.pt/1s/2016/06/11900/0194501966.pdf>
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70008-0](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70008-0)
- Gaspar, V. (2015). *Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do*

- Distrito de Vila Real Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores de Cuidados Continuados do Distrito de Vila Real.* 69–77.
- Gerstorff, D., Ram, N., Hoppmann, C., Willis, S. L., & Schaie, K. W. (2011). *the Seattle Longitudinal Study.* 47(4), 1026–1041. <https://doi.org/10.1037/a0023426>.Cohort
- Girão, A., & Guerreiro, I. (2011). Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua. In *UMCCI, Instituto de Segurança Social, I.P.* (Vol. 1).
- Granger, Carl V., Hamilton, B. B., Keith, R. A., Zielezny, M., & Sherwin, F. S. (1986). Advances in functional assessment for medical rehabilitation. In *Topics in Geriatric Rehabilitation* (Vol. 1, Issue 3, pp. 59–74). <https://doi.org/10.1097/00013614-198604000-00007>
- Granger, C V, Hamilton, B. B., Gresham, G. E., & Kramer, A. A. (1989). The stroke rehabilitation outcome study: Part II. Relative merits of the total Barthel index score and a four-item subscore in predicting patient outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 70(2), 100–103.
- Granger, C V, Sherwood, C. C., & Greer, D. S. (1977). Functional status measures in a comprehensive stroke care program. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 58(12), 555–561.
- Hershkovitz, A., Brown, R., Burstin, A., & Brill, S. (2015). Measuring rehabilitation outcome in post-acute hip fractured patients. *Disability and Rehabilitation,* 37(2), 158–164. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.911968>
- Hoogerduijn, J. G., Buurman, B. M., Korevaar, J. C., Grobbee, D. E., De rooij, S. E., & Schuurmans, M. J. (2012). The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age and Ageing,* 41(3), 381–387. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs015>
- INE. (2021a). *População Residente por sexo e grupo etário.* https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0
- INE, P. (2021b). Agregados domésticos privados unipessoais. *Pordata, anexo 50,* 1–2. <https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+unipessoais+total+e+de+indivíduos+com+65+e+mais+anos-822>
- INE, P. (2021c). Taxa de risco de pobreza por grupos etários. *Pordata, anexo 50,* 1–2. <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+risco+de+pobreza+por+grupo+etário+antes+e+após+transferências+sociais-3009>
- Inui, T., Watanabe, Y., Kurata, Y., Suzuki, T., Matsui, K., Ishii, K., Kurozumi, T., & Kawano, H. (2021). Early postoperative Barthel index score and long-term walking ability in patients with trochanteric fractures walking independently before injury: a retrospective cohort study. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery,* 141(8), 1283–1290. <https://doi.org/10.1007/s00402-020-03548-7>
- ISS, I. . U. R. (2021). Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. In *Instituto da Segurança Social, I.P.: Vol. 4.24* (Issue 37). www.seg-social.pt,
- Iwaniec, U. T., & Turner, R. T. (2016). Influence of body weight on bone mass, architecture and turnover. *Journal of Endocrinology,* 230(3), R115–R130. <https://doi.org/10.1530/JOE-16-0089>
- JafariNasabian, P., Inglis, J. E., Reilly, W., Kelly, O. J., & Ilich, J. Z. (2017). Aging human body: Changes in bone, muscle and body fat with consequent changes in nutrient intake. *Journal*

- of Endocrinology*, 234(1), R37–R51. <https://doi.org/10.1530/JOE-16-0603>
- Jeong, S., Inoue, Y., Kondo, K., Matsumoto, D., & Shiraishi, N. (2014). Formula for predicting FIM for stroke patients at discharge from an acute ward or convalescent rehabilitation ward. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 5(0), 19–25. <https://doi.org/10.11336/jjcrs.5.19>
- Kurokawa, N., Kai, C., Hokotachi, Y., Hasegawa, M., & Amagai, T. (2018). Determination of the cut-off point of the Functional Independence Measure as a predictor of adverse events in patients with acute stroke. *Journal of International Medical Research*, 46(10), 4235–4245. <https://doi.org/10.1177/0300060518792155>
- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro. (2012). *Diário da República N.º 172 - I Série*.
- Leitão, A. (2004). Lisboa 2004. In *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_2004.pdf
- Loayza, L. S., & Valenzuela, M. T. (2021). Health-related quality of life in older people with functional independence or mild dependence. *Aging and Mental Health*, 25(12), 2213–2218. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1830943>
- Lopes, H., Mateus, C., & Hernández-Quevedo, C. (2018). Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges. *Health Policy*, 122(3), 210–216. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.001>
- Lopes, M. (2021). Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados. In Imprensa da Universidade de Évora (Ed.), *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. <https://doi.org/10.24902/uevora.24>
- Lopes, M. J., de Pinho, L. G., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H., Garcia-Alonso, J., & Afonso, A. (2021). Functioning and cognition of portuguese older adults attending in residential homes and day centers: A comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph18137030>
- Lopes, M., & Sakellarides, C. (2021a). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo* (IMPRESA U).
- Lopes, M., & Sakellarides, C. (2021b). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo* (I. da U. de Évora (Ed.)).
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31–38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Marengoni, A., Akugizibwe, R., Vetrano, D. L., Roso-Llorach, A., Onder, G., Welmer, A. K., & Calderón-Larrañaga, A. (2021). Patterns of multimorbidity and risk of disability in community-dwelling older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(2), 457–462. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01773-z>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Martins, A. C., & Araújo, E. S. (2015). Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? *Rev CIF*

- Brasil, 3(3), 18–27. ISSN: 2013206534.
https://www.researchgate.net/publication/283901606_Deficiencia_nao_e_incapacidade_o_que_isto_significa
- Matthews, F. E., Arthur, A., Barnes, L. E., Bond, J., Jagger, C., Robinson, L., & Brayne, C. (2013). A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: Results of the cognitive function and ageing study i and II. *The Lancet*, 382(9902), 1405–1412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61570-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61570-6)
- McDowell, I. (2009). Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires. In *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
- Metz, C. (1978). Basic Principles of ROC Analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, VIII(4), 283–298.
- Michael, P., & Alexander, M. (1994). Stroke Rehabilitation Outcome Study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(4), 279–282. <https://doi.org/10.1097/00002060-200204000-00006>
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República*, I-A(109), 3856–3865.
- Narasimhan, M., & Kapila, M. (2019). Implications of self-care for health service provision. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(2). <https://doi.org/10.2471/BLT.18.228890>
- OECD, on Health Systems, E. O., & Policies. (2019). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*. <https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt>
- 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. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(4), 371–377. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000317435.29339.5d>
- P.INE. (2017). *Índice de Envelhecimento PORDATA*. <https://www.pordata.pt/en/Europe/Ageing+index-1609>
- Patrizio, E., Calvani, R., Marzetti, E., & Cesari, M. (2021). Physical Functional Assessment in Older Adults. *Journal of Frailty and Aging*, 10(2), 141–149. <https://doi.org/10.14283/jfa.2020.61>
- Pereira, I. A. da C. L. V. (2008). *Cuidados Continuados: Novas Tendências[Dissertação]* [Universidade da Beira Interior]. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2886>
- Pocinho, M. (2018). (Bio) Estatística : Teoria e exercicios passo-a-passo Margarida Pocinho (Bio) Estatística : Teoria e exercicios passo-a-passo. 328493301(June), 1–130. https://www.researchgate.net/publication/328493301_Bio_Estatistica_teorias_e_exercicios_passo_a_passo
- Polo, T. C. F., & Miot, H. A. (2020). Aplicações da curva ROC em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 19, 13–16. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200186>
- Prados-Torres, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., Gimeno-Feliu, L. A., González-Rubio, F., Poncel-Falcó, A., Sicras-Mainar, A., & Alcalá-Nalvaiz, J. T. (2012). Multimorbidity patterns in primary care: Interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS ONE*, 7(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032190>
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(9), e009287.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009287>

- Rainho, M. J., Carvalho, A. B. De, & Sobral, M. J. (2020). Gestão da Alta Hospitalar e Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Um estudo de caso. *Egitania Scientia*, 27, 143–162.
- Ramos, A., Fonseca, C., Pinho, L., Lopes, M., Oliveira, H., & Henriques, A. (2021). Functional Profile of Older Adults Hospitalized in Convalescence Units of the National Network of Integrated Continuous Care of Portugal: A Longitudinal Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(12), 1350. <https://doi.org/10.3390/jpm11121350>
- Reis, F., Pereira, C., Escoval, A., & Reis, F. (2015). Contribution to the classification of functionality of the users of the Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados using the International Classification of Functioning. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(1), 84–97. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.004>
- Reistter, T., Graham, J., Deutsch, A., Granger, C. V., Markello, S., & Ottenbacher, K. (2010). Utility of Functional Status for Classifying Community Versus Institutional Discharges After Inpatient Rehabilitation for Stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 93, 345–350. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.11.010>.Utility
- Sangha, H., Lipson, D., Foley, N., Salter, K., Bhogal, S., Pohani, G., & Teasell, R. W. (2005). A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation*, 28(2), 135–139. <https://doi.org/10.1097/00004356-200506000-00006>
- Santana, R., Marques, A. P., Lopes, S., Boto, P., Telles, J. L., Félix, S., Mestre, R., Matos, R., & Moita, B. (2017). A Influência das Características dos Prestadores e dos Utentes no Consumo de Recursos em Unidades de Cuidados Continuados. *Portuguese Journal of Public Health*, 114–125. <https://doi.org/10.1159/000479756>
- Serrano-Alarcón, M., & Perelman, J. (2017). Ageing under unequal circumstances: A cross-sectional analysis of the gender and socioeconomic patterning of functional limitations among the Southern European elderly. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0673-0>
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(8), 703–709. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6)
- Shih, S. L., Zafonte, R., Bates, D. W., Gerrard, P., Goldstein, R., Mix, J., Niewczyk, P., Greysen, S. R., Kazis, L., Ryan, C. M., & Schneider, J. C. (2016). Functional Status Outperforms Comorbidities as a Predictor of 30-Day Acute Care Readmissions in the Inpatient Rehabilitation Population. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(10), 921–926. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.06.003>
- Shirahama, K., Fudano, Y., Imai, K., Kawabata, A., Mihara, N., & Yasuda, T. (2020). The role of the functional independence measure score in predicting the home discharge of inpatients with cerebrovascular diseases in convalescent rehabilitation wards. *Journal of Physical Therapy Science*, 32(6), 385–390. <https://doi.org/10.1589/jpts.32.385>
- SNS, ACSS (2020). *Relatório Anual do Acesso*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf

- Sousa, P. A. F. De. (2009). O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 1–11. <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMtwRBpNxvZZnqZpzt/?format=pdf&lang=pt>
- Stewart, M., Fortin, M., Britt, H. C., Harrison, C. M., & Maddocks, H. L. (2013). Comparisons of multi-morbidity in family practice-issues and biases. *Family Practice*, 30(4), 473–480. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt012>
- Strini, V., Piazzetta, N., Gallo, A., & Schiavolin, R. (2020). Barthel index: Creation and validation of two cut-offs using the BRASS index. *Acta Biomedica*, 91(3), 19–26. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i2-S.9226>
- Thinggaard, M., Jeune, B., Osler, M., Vaupel, J. W., McGue, M., & Christensen, K. (2020). Are Advances in Survival among the Oldest Old Seen across the Spectrum of Health and Functioning? *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 75(12), 2354–2360. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa009>
- Thorpe, E. R., Garrett, K. B., Smith, A. M., Reneker, J. C., & Phillips, R. S. (2018). Outcome Measure Scores Predict Discharge Destination in Patients with Acute and Subacute Stroke: A Systematic Review and Series of Meta-analyses. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 42(1), 2–11. <https://doi.org/10.1097/NPT.0000000000000211>
- Tomita, Y., Yamamoto, N., Inoue, T., Noda, T., Kawasaki, K., & Ozaki, T. (2021). Clinical prediction model for postoperative ambulatory ability outcomes in patients with trochanteric fractures. *Injury*, 52(7), 1826–1832. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2021.04.043>
- Trahan, L. H., Stuebing, K. K., Fletcher, J. M., & Hiscock, M. (2014). The Flynn effect: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140(5), 1332–1360. <https://doi.org/10.1037/a0037173>
- Tsai, Y. (2016). Education and disability trends of older Americans, 2000-2014. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 39(3), 447–454. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw082>
- Tugwell, P., & Knottnerus, J. A. (2019). Multimorbidity and Comorbidity are now separate MESH headings. *Journal of Clinical Epidemiology*, 105, vi–viii. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.11.019>
- van den Akker, M., Buntinx, F., & Knottnerus, J. (2009). Comorbidity or multimorbidity what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, 2, 65–70. <https://doi.org/10.3109/13814789609162146>
- Van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., Van Gelder, B. M., Lemmens, L. C., Hoeymans, N., Van Dijk, C. E., Verheij, R. A., Schellevis, F. G., & Baan, C. A. (2012). Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population-data from general practices. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-715>
- Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M., Glynn, L., Muth, C., & Valderas, J. M. (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS ONE*, 9(7), 3–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>
- World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing: baseline report. In *World Health Organization*. ISBN: 9789240017900
- Wu, C. Y., Hu, H. Y., Huang, N., Fang, Y. T., Chou, Y. J., & Li, C. P. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: A population-based study in Taiwan. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089213>

- Lin, Yi-Hsuan, Chen, Y., Tseng, Y., Tsai, S. (2020). Physical activity and successful aging among middle-aged and older. *Aging, 12*(9), 7704–7716. <http://doi.org/10.18632/aging.103057>
- Zhang, Y., Zhou, L., Liu, S., Qiao, Y., Wu, Y., Ke, C., & Shen, Y. (2020). Prevalence, correlates and outcomes of multimorbidity among the middle-aged and elderly: Findings from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 90*, 104135. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104135>

Anexos

Anexo 1



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Ata N.º 42/2022, data 27-10-2022

Mediante o apresentado, o CA delibera aprovar a realização de estudo - A funcionalidade como elemento preditor numa Unidade de Convalvescência nos termos propostos.

Assinado por: **JOÃO PEDRO ABRANTES PINTO**

BERNARDES BARRANCA

Data: 2022.10.27 10:57:41+01'00'

Localização: Guarda, Portugal



CARTÃO DE CIDADÃO

Eng.º João Barranca

Presidente do Conselho de Administração

Eng.º José Monteiro
Vogal Executivo

Assinado por: **MARIA DE FÁTIMA DOMINGUES**

AZEREDO CABRAL

Data: 2022.10.27 12:01:17+01'00'

Localização: Guarda, Portugal



CARTÃO DE CIDADÃO

Dra. Fátima Cabral

Diretora Clínica CSH

Assinado por: **ANTÓNIO LUÍS MIRANDA DOS**

SANTOS SERRA

Data: 2022.10.27 10:36:24+01'00'

Localização: Guarda, Portugal



CARTÃO DE CIDADÃO

Dr. António Luís Serra

Diretor Clínico CSP

Assinado por: **NÉLIA PAULA DOS SANTOS FARIA**

Num. de Identificação: 09847324

Data: 2022.10.27 15:38:47+01'00'

Localização: Guarda, Portugal



CARTÃO DE CIDADÃO

Enf.ª Nélia Faria

Enfermeira Diretora



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Exma. Senhora
Enfermeira Diretora
Responsável pelo Pelouro da Unidade de Investigação
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

Data 18-10-2022

Prof.ª Maria Júlia Amaral
Presidente; Médica; Prof. FML

Dra. Marta Capelo
Vice-Presidente; Psicóloga Clínica

D. António Luciano
Bispo de Viseu

Dr. José Lavrador Gama
Médico; Diretor de Serviço

Dra. Maria Carmo Teixeira
Farmacêutica Assessora

Dra. Maria Eugénia Pereira
Médica; Assistente Graduada

En.ª Maria Lurdes Vaz
Enfermeira Especialista

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de um trabalho de investigação subordinado ao tema: “A funcionalidade como elemento preditor numa Unidade de Convalescença”, apresentado por Luísa Catarina Cardoso

A Comissão de Ética para a Saúde da ULS Guarda E.P.E. (CES), reunida por videoconferência em 18 de outubro, reapreciou cuidadosamente o projeto de investigação supracitado e, tendo rececionado todos os documentos solicitados e esclarecidas as dúvidas apresentadas, nada tem a opor à concretização do trabalho de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Rel' A Comissão de Ética para a Saúde
Maria Júlia Amaral

Anexo 2



Luísa Catarina Barbosa Cardoso <luisacbcardoso@gmail.com>

Envio parecer CE_Proc. CE-095/2022_Luísa Cardoso

1 mensagem

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

19 de agosto de 2022 às 15:22

Para: luisacbcardoso@gmail.com

Cc: jpinheiro@fmed.uc.pt, Gabinete de Estudos Avançados <gea@fmed.uc.pt>, Pos Graduado <posgraduado@fmed.uc.pt>

Exma. Senhora

Dra. Luísa Catarina Barbosa Cardoso,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, com o título **“A funcionalidade como elemento preditor numa Unidade de Convalescência”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 11 de agosto, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização, com dispensa de consentimento informado”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo 3



Luísa Catarina Barbosa Cardoso <luisacbcardoso@gmail.com>

Aprovação GEA Proposta de Dissertação

1 mensagem

Natália Lopes <nlopes@fmed.uc.pt>

16 de setembro de 2022 às 10:48

Para: luisacbcardoso@gmail.com

Cc: João Páscoa Pinheiro <jpinheiro@fmed.uc.pt>, mdourado@fmed.uc.pt

Exma. Senhora

Dra. Luísa Catarina Barbosa Cardoso

Informamos que a sua proposta de dissertação com o título "A funcionalidade como elemento preditor numa unidade de Convalescência" foi aprovado pelo Diretor do Gabinete de Estudos Avançados no dia 15 de setembro de 2022.

Com os melhores cumprimentos,

Natália Lopes

Assistente Técnica

SAA - Serviços de Apoio Académico

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina •

Pólo das Ciências da Saúde • Subunidade 3

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548 Coimbra

Tel. | Phone +351 239 857 700 | Fax: +351 239 885745

E-mail: md@fmed.uc.pt

www.uc.pt/fmuc



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Anexo 4

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

O presente estudo tem como tema “A funcionalidade como preditor numa Unidade de Convalescença” no âmbito da Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos.

As unidades de convalescença estão essencialmente orientadas para a prestação de serviços a doentes dependentes por perda transitória de autonomia, isto é, a pessoas que apresentam uma doença de base e que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico e que têm uma perda de autonomia potencialmente recuperável e não precisam de internamento hospitalar mas que ainda requerem cuidados e tratamento clínico intenso.

A maioria dos utentes internados na Unidade de Convalescença do Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA) apresenta grande perda de capacidade funcional, devido a variadas patologias com especial incidência em ortotraumatologia, neurologia e descompensações de patologias de base.

Desta forma, pretende-se com este estudo perceber se a capacidade funcional à data de admissão numa Unidade de Convalescença é um preditor dos ganhos funcionais durante o internamento. A requerente pretende também perceber se a capacidade funcional no momento de admissão é um preditor do destino após alta do doente, assim como conhecer a variação da capacidade funcional dos utentes durante o internamento.

Informa-se que o presente estudo não apresenta quaisquer riscos, a participação é voluntária e pode desistir em qualquer altura, sem consequências. Mais se informa que a requerente pretende utilizar os dados recolhidos durante as avaliações de fisioterapia enquanto o participante esteve internado na Unidade de Convalescença do HNSA (Resultados das Escalas de funcionalidade, patologia associada, género e idade, destino pós alta da Unidade, independência pré-internamento).

Todos os dados obtidos neste estudo constarão numa base devidamente encriptada e cada participante terá um código de forma que as informações estejam totalmente anonimizadas. A base de dados irá ser desenvolvida pela investigadora no seu computador pessoal e os dados serão guardados até conclusão do mestrado, no entanto, cada participante tem o direito a solicitar a limitação do tratamento dos dados, de se opor ao seu tratamento e à portabilidade dos mesmos; todos os participantes têm o direito de apresentar reclamação do investigador principal. A investigadora informa que todos os resultados obtidos irão ser divulgados na FMUC e ULS – Guarda, garantindo a manutenção do anonimato individual ao abrigo da proteção de dados.

A investigadora: Luísa Catarina Barbosa Cardoso, Fisioterapeuta na Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE – Hospital Nossa Senhora da Assunção Telemóvel nº 962502763 Email – luisa.cardoso@ulsguarda.min-saude.pt

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**

Tema da investigação: “A funcionalidade como preditor numa Unidade de Convalescença” no âmbito da Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos.

Mestranda: Luísa Catarina Barbosa Cardoso

Orientador: João Páscoa Pinheiro, docente da Faculdade de Medicina de Coimbra

Eu _____, abaixo-assinado e firmado, declaro ter sido informado claramente sobre todos os objetivos e procedimentos do presente estudo. Reconheço que os procedimentos desta investigação me foram explicados e que todas as questões foram esclarecidas de forma clara e inequívoca. Compreendo que, caso esta investigação venha a ser publicada, todos os dados serão mantidos anónimos e nenhuma informação será identificável como sendo minha. Expresso a minha concordância em participar no referido estudo, assumindo a responsabilidade de estar disponível para facultar a informação requerida pelo investigador, bem como estar disponível para a recolha de dados. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Declaro que participo neste estudo sem qualquer contrapartida. Exponho ainda que fui informado do direito de recusar a participação no estudo.

_____(Assinatura do participante)

No caso de consentimento informado por via telefónica:

Data do contacto: ___/___/___, contacto telefónico n.º: _____,

Identificação do utente /cuidador contactado:

Autorizado _____ Não autorizado _____

Observações:

Anexo 5

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida
Hematoma Subdural	1	1,0	1,0
TCE	5	4,9	4,9
TCE + Politraumatizado	2	2,0	2,0
Hemorragia Intracraniana	1	1,0	1,0
Fratura Coluna	5	4,9	4,9
Fratura clavícula	1	1,0	1,0
Fratura ossos da perna	2	2,0	2,0
Fratura costelas	2	2,0	2,0
Fratura dos ossos da pelve	2	2,0	2,0
Fratura da diáfise do fêmur	1	1,0	1,0
Fratura da mandíbula	1	1,0	1,0
Prótese do ombro	1	1,0	1,0
Politraumatizado	1	1,0	1,0
Amputação vários níveis	4	3,9	3,9
Queimaduras	3	2,9	2,9
Fratura Intertrocantéricas e do colo do fêmur	69	67,6	67,6
Fratura periprotésica	1	1,0	1,0
Total	102	100,0	100,0

CID11, Capítulo 22 = Lesões, envenenamentos ou outras consequências de causa externa

Anexo 6

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
AVC	67	83,8	83,8	83,8
Epilepsia	1	1,3	1,3	85,1
Doença de Parkinson	1	1,3	1,3	86,4
ELA	1	1,3	1,3	87,7
Fístula Dural	1	1,3	1,3	89,0
Polineuropatia	1	1,3	1,3	90,3
Tatraparésia	2	2,5	2,5	92,8
Encefalopatia	1	1,3	1,3	94,1
Hernioplastia	4	5,0	5,0	100,0
Total	80	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 8 = Doenças do sistema nervoso

Anexo 7

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Insuficiência cardíaca descompensada	14	66,7	66,7	66,7
EAM	3	14,3	14,3	81,0
Substituição válvula aórtica	1	4,8	4,8	85,8
TEP	3	14,3	14,3	100,0
Total	21	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 11 = Doenças do aparelho circulatório

Anexo 8

Diagnóstico

	Frequência	%	% Válida	% acumulativa
PTA	2	9,1	9,1	9,1
PTJ	8	36,4	36,4	45,5
Síndrome de Imobilidade	12	54,5	54,5	100,0
Total	22	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 24 = Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contacto com os serviços de saúde

Anexo 9

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Neoplasia da Laringe	1	7,7	7,7	7,7
Neoplasia da Bexiga	1	7,7	7,7	15,4
Neoplasia da coluna	1	7,7	7,7	23,1
Neoplasia do colon + IC	4	30,8	30,8	53,8
Neoplasia do Colon	1	7,7	7,7	61,5
Mieloma	1	7,7	7,7	69,2
Neoplasia da mama com mastectomia	1	7,7	7,7	76,9
Gestão terapêutica	3	23,1	23,1	100,0
Total	13	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 2 = Neoplasias

Anexo 10

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Hérnias abdominais/Inguinais, fístulas, apendicites, bridas	7	77,8	77,08	77,8
Colelitíase	1	11,1	11,1	88,9
Doença hepática crônica	1	11,1	11,1	100,0
Total	9	100,0	100,0	

CID11, Capítulo 13 = Doenças do aparelho digestivo

Anexo 11

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Insuficiência Renal	3	37,5	37,5	37,5
Pielonefrite	4	50,0	50,0	87,5
Pielonefrite + insuficiência cardíaca	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 16 = Doenças do aparelho geniturinário

Anexo 12

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Encefalite	1	25,0	25,0	25,0
Celulite	1	25,0	25,0	50,0
Septicemia	1	25,0	25,0	75,0
Meningite	1	25,0	25,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 1= Certas doenças infecciosas ou parasitárias

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Alterações do Comportamento	2	50,0	50,0	50,0
Demência	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

CID 11, Capítulo 6 = Transtornos mentais, comportamento ou do neurodesenvolvimento

Diagnóstico

	Frequência	%	% válida	% acumulativa
Osteoartrose e formas de artrite	3	100,0	100,0	100,0

CID 11, Capítulo 15 = Doenças do sistema músculo-esquelético ou tecido conjuntivo

Anexo 13

Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL

	<i>Com ajuda</i>	<i>Independente</i>
1. Alimentação (se é necessário cortar os alimentos = ajuda)	5	10
2. Mover-se da cadeira de rodas para a cama e voltar (inclui sentar-se na cama)	5-10	15
3. Higiene pessoal (lavar cara, pentear-se, barbear-se, lavar os dentes)	0	5
4. Sentar-se e levantar-se da sanita (despir-se e voltar a se vestir, limpar-se, puxar o autoclismo)	5	10
5. Tomar banho	0	5
6. Caminhar numa superfície plana (ou se incapaz de andar, puxar cadeira de rodas) *classificar apenas se incapaz de andar	10 0*	15 5*
7. Subir e descer escadas	5	10
8. Vestir-se (inclui apertar sapatos, apertar botões ou fechos)	5	10
9. Controlar os movimentos intestinais	5	10
10. Controlar a bexiga	5	10

Informação sobre Direitos de Autor

Barthel Index© MedChi, 1965. Todos os direitos reservados.

A Maryland State Medical Society detém os direitos de autor do Índice de Barthel.

Mahoney FI, Barthel D "Functional evaluation: the Barthel Index."

Maryland State Med Journal 1965;14:56-61. Utilização autorizada

É exigida autorização para modificar o Índice de Barthel ou a sua utilização para fins comerciais.

Anexo 14

Medida de Independência Funcional

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL MIF

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(ajuda técnica)	SEM AJUDA		
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo >=0%)	AJUDA		

DATA			
<u>Auto-Cuidados</u>	ADMIS.	ALTA	ACOMP.
A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Higiene pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Banho (Lavar Corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Controlo dos Estôfncteres</u>			
G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mobilidade</u>			
Transferências:			
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Locomoção</u>			
L. Marcha / Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Comunicação</u>			
N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Cognição Social</u>			
P. Interacção social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1