

GANHOS EM SAÚDE EM UTENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

Diogo Almeida

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
dialmeida@ipvc.pt

Natália Amoedo

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
nataliaamoedo@ipvc.pt

Carmina Morais

Instituto Politécnico de Viana do Castelo
carminamoraes@ess.ipvc.pt

Alcina Nunes

Instituto Politécnico de Bragança
alcina@ipb.pt

Rui Pimenta

Instituto Politécnico do Porto
rep@ess.ipp.pt

*Recepción Artículo: 16 mayo 2021
Admisión Evaluación: 16 mayo 2021
Informe Evaluador 1: 18 mayo 2021
Informe Evaluador 2: 22 mayo 2021
Aprobación Publicación: 01 junio 2021*

RESUME

O envelhecimento da população, o aumento das patologias crónicas e as mudanças de perfil da rede familiar obrigaram a repensar os cuidados de saúde. Criou-se, assim, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sendo a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) uma das tipologias de cuidados e foco de análise do presente estudo. Pretende-se avaliar os ganhos em saúde obtidos com o internamento em UMDR ao nível do estado cognitivo, do risco de queda e da independência funcional; relacionar o estado cognitivo no momento da admissão com a independência funcional no momento da alta; analisar os ganhos a nível do estado cognitivo, do risco de queda e da independência funcional em função do género. Realizou-se um estudo observacional, analítico e retrospectivo, segundo a metodologia STROBE. Partiu-se da análise documental inerente à base de dados da UMDR, dos doentes internados no período de 1/01/2017 a 31/12/2020, perfazendo 342 indivíduos, dos quais 33 foram excluídos. Recolheram-se dados relativos à caracterização sociodemográfica, ao momento de admissão e ao momento da alta do estado cognitivo, do risco de queda e da independência funcional, avaliados respetivamente através dos seguintes instrumentos, *Short Portable Mental Status Questionnaire*, *Berg Balance Scale* e *Índice de Barthel*. Definiu-se o nível de significância de 5%.

GANHOS EM SAÚDE EM UTENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

A amostra foi constituída por 309 indivíduos, maioritariamente do sexo masculino, 56% ($n=173$), com média \pm Desvio Padrão de idade $73,9 \pm 12,2$ anos, casados 39,8% ($n=123$), reformados 83,8% ($n=259$) e com um diagnóstico principal de acidente vascular cerebral 45,6% ($n=141$). O estudo evidenciou ganhos em saúde estatisticamente significativos ao nível do estado cognitivo, do risco de queda e da independência funcional ($p \leq 0,001$). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no nível da independência funcional no momento da alta, atendendo ao estado cognitivo inicial ($p \leq 0,001$) e, entre géneros, ao nível dos ganhos em saúde de estado cognitivo ($p=0,016$), risco de queda ($p \leq 0,001$) e independência funcional ($p \leq 0,001$).

Palavras chave: ganhos em saúde; reabilitação; cuidados continuados; strobe

ABSTRACT

Health gains in patients hospitalized in a medium rehabilitation unit. The aging of the population, the increase in chronic pathologies and changes in the profile of the family network lead to the rethink of health care. Thus, the National Network of Integrated Continuous Care was created, with the Medium Duration and Rehabilitation Unit (UMDR) being one of the types of care and focus of analysis of the present study. It is intended to evaluate the health gains obtained with admission to UMDR at the level of cognitive status, risk of falling and functional independence; relate the cognitive state at admission with functional independence at discharge; analyze the gains in terms of cognitive status, risk of falling and functional independence according to gender. An observational, analytical and retrospective study was carried out and in its systematization followed the STROBE methodology. It started from the documentary analysis inherent to the UMDR database, of patients hospitalized in the period from 01/01/2017 to 12/31/2020, totaling 342 individuals, of which 33 were excluded. Data were collected regarding sociodemographic characteristics, the moment of admission and the moment of discharge of cognitive status, risk of falling and functional independence, assessed respectively through the following instruments, Short Portable Mental Status Questionnaire, Berg Balance Scale; and Barthel Index. The level of significance was set at 5%. Sample consisting of 309 individuals, mostly male, 56% ($n = 173$), with a mean age of 73.9 ± 12.2 , married 39.8% ($n = 123$), retired 83.8% ($n = 259$) and with a main diagnosis of stroke 45.6% ($n = 141$). The study showed statistically significant health gains in terms of cognitive status, risk of falling and functional independence ($p \leq 0.001$). There were statistically significant differences in the level of functional independence at the time of discharge, given the initial cognitive status ($p \leq 0.001$) and, between genders, in terms of cognitive health gains ($p = 0.016$), risk of falling ($p \leq 0.001$) and functional independence ($p \leq 0.001$).

Keywords: health gains; rehabilitation; continuous care; strobe

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é dos fenómenos com maior impacto social e económico nas sociedades atuais. O aumento da esperança média de vida e a redução da natalidade, são dois dos principais fatores que contribuem para o aumento do número de indivíduos com 60 ou mais anos de idade (Stucki et al., 2018). A nível global este grupo etário está a crescer acima de todos os outros e estima-se que este grupo duplique até 2050 (World Health Organization, 2015), tendo já ultrapassado em 2020 a barreira de 1000 milhões de indivíduos (World Health Organization, 2020).

Com o envelhecimento verifica-se um processo de alterações físicas e mentais naturais, mas também um aumento dos problemas de saúde e sobretudo de patologias crónicas, repercutindo-se na saúde global dos indivíduos, conduzindo a dependências funcionais, restrições de mobilidade, défices sensoriais e cognitivos, que vão afetar as atividades da vida diárias e consequentemente a qualidade de vida destes indivíduos. Embora se esteja a viver cada vez mais anos, também se está a viver com maior dependência (Magnusson et al., 2019; Santiago et al., 2020). Face a estas alterações, as estratégias e políticas de saúde precisam de ser repensadas e ajustadas a este novo paradigma.

A reabilitação é um conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em indivíduos com problemas de saúde em interação com seu ambiente. Pode reduzir as dificuldades funcionais

associadas ao envelhecimento e melhorar a qualidade de vida. Procura maximizar a capacidade das pessoas de viver, trabalhar e aprender com seu melhor potencial (World Health Organization, 2017b). A reabilitação integrada na população dependente tem de se posicionar como uma estratégia central dos sistemas de saúde de forma a dar respostas a estes desafios (Stucki et al., 2018; World Health Organization, 2017).

O processo de envelhecimento da população, por estar associada ao aumento da dependência, tem um impacto profundo na sociedade, colocando pressão nos seus sistemas de saúde e nos seus sistemas sociais (Stucki & Bickenbach, 2017).

Em Portugal, 21,8% da população tem mais de 65 anos, a população mais idosa, com idade igual ou superior a 85 anos aumentou para mais de 300 mil pessoas, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019). Existe, por isso, uma necessidade crescente em dar respostas a este novo cenário demográfico, adaptando a organização dos cuidados de saúde. No sentido de responder a esta conjuntura, associada ao aumento das patologias crónicas e às mudanças de perfil da rede familiar foi criada, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) que de modo integrado e articulado, garantem a continuidade dos cuidados aos cidadãos cuja condição clínica não justifica o internamento hospitalar agudo, mas também não permite alta plena para o domicílio (Decreto-Lei n.º 101 / 2006, 2006).

A RNCCI apresenta como princípios base prestar cuidados individualizados e humanizados de proximidade com garantia de articulação, continuidade e equidade de acesso dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de atuação e entre tipologias e equipas da RNCCI. Das várias tipologias de cuidados que compõem a RNCCI, o presente estudo debruça-se sobre as UMDR, unidades que estão destinadas a internamentos com duração entre 30 a 90 dias, para indivíduos que, como secura de doença aguda ou de agravamento de situação crónica, apresentam perda de autonomia e funcionalidade, mas que apresentam potencial de reabilitação funcional, necessitando de cuidados de saúde e apoio social e que, pela sua frequência e duração, não podem ser realizados em contexto domiciliário (Instituto da Segurança Social, 2019).

A RNCCI constitui-se como uma das reformas mais importantes no Serviço Nacional de Saúde Português, por ser alicerçada na sustentabilidade do sistema de saúde, tendo como finalidade a adequação da prestação de cuidados de saúde e/ou sociais ao cidadão doente em situação de dependência, melhorando o seu bem-estar num processo de reabilitação contínua e integrada. Assume assim, importância vital medir os ganhos em obtidos com este investimento.

Os relatórios oficiais de monitorização do funcionamento da RNCCI dispõem, desde 2019, de alguns indicadores de resultado que traduzam os ganhos em saúde das pessoas dependentes durante o seu acompanhamento (ACSS-DRS, 2019). Alguns estudos já realizados identificam um impacto positivo do internamento na RNCCI ao nível da independência funcional (Ferreira, 2015; Martins et al., 2018; Matos et al., 2020; Petronilho et al., 2017). No entanto existe pouca informação sobre o impacto do internamento no estado cognitivo e no risco de queda destes indivíduos.

OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Pretende-se: avaliar os ganhos em saúde obtidos com o internamento em UMDR em termos de estado cognitivo, no risco de queda e na dependência funcional; relacionar o estado cognitivo, no momento da admissão na UMDR, com a independência funcional no momento da alta; e analisar os ganhos a nível do estado cognitivo, do risco de queda e da independência funcional em função do género.

AMOSTRA

A amostra é constituída pelos indivíduos com internamento na UMDR da RM, com admissão e alta no período compreendido entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2020.

Foram excluídos todos os indivíduos com óbito registado e perda de vaga por agudização do estado de saúde.

Foram identificados um total de 342 indivíduos, 23 foram excluídos por óbito e 10 por perda de vaga. Integram, assim, o estudo 309 indivíduos.

METODOLOGIA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Seguiram-se os princípios da metodologia STROBE para redação de estudos observacionais (Elm et al., 2007; Malta et al., 2010; Vandenbroucke et al., 2014). O estudo realizou-se na Residência Montepio – Quinta de Cravel em Vila Nova de Gaia (RM), através de análise documental dos utilizadores da sua UMDR, com internamento no período compreendido entre 1 de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2020.

A recolha de dados teve por base a análise documental a partir da base de dados de monitorização dos ganhos em reabilitação, adoptada pela RM, durante o mês de março de 2021.

Foram recolhidos dados de caracterização sócio demográfica, designadamente idade, género, estado civil, situação profissional e patologia. Recolheram-se ainda os dados das avaliações no momento da admissão (T_0) e no momento da alta (T_1) da RM, inerentes à avaliação do estado cognitivo, risco de queda e independência funcional nas Atividades de Vida Diária (AVDs). As pontuações obtidas nas avaliações constituíram as variáveis quantitativas do presente estudo. Para avaliação de estado cognitivo, foi utilizada o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975), para avaliar o equilíbrio/risco de queda, utilizou-se a escala *Berg Balance Scale* (BBS) (Berg et al., 1992; Mósca, 2001) e para avaliação do grau de dependência na realização de AVDs, o Índice de Barthel (IB) (Araújo et al., 2007).

O SPMSQ é um instrumento de avaliação genérico para a função cognitiva global. É composto por dez questões, sendo cotado o número de erros dados a cada resposta. A pontuação mínima são zero erros e a máxima são dez. 0-2 erros sugerem funcionamento mental normal, 3-4 erros sugerem défice cognitivo leve, 5-7 erros sugerem défice cognitivo moderado e 8-10 erros indicam défice cognitivo severo.

O instrumento de medida apresenta uma consistência interna boa, *Alfa Cronbach* s 0,88, reprodutibilidade excelente, coeficiente de correlação interclasse ICC=0,966. A validade de constructo foi obtida pelo teste de correlação de Spearman com as escalas, *The Abbreviated Mental Test* (AMT), *Six-item Cognitive Impairment Test* (6-CIT) e *Global Deterioration Scale* (GDS), coeficiente entre 0,844 e 0,890 (kojaie-Bidgoli et al., 2020).

A BBS é um instrumento de avaliação genérico para avaliar o desempenho do equilíbrio (estático e dinâmico). É composta por 14 tarefas, com cinco hipóteses de avaliação, pontuáveis de zero a quatro, em que zero corresponde à incapacidade de realizar a tarefa e quatro à capacidade de realizar a tarefa independentemente. A pontuação final varia entre zero e 56 pontos, existindo pontos de corte em que dos zero aos 20 corresponde a risco elevado de queda, 21-40 risco de queda moderado, 41-56 risco de queda baixo.

A BBS apresenta uma consistência interna excelente, *Alfa Cronbach* s 0,92, reprodutibilidade excelente ICC=0,957 (Meseguer-Henarejos et al., 2019).

O IB é um instrumento de avaliação genérico de independência funcional nas AVDs. Avalia a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, controle de esfíncter anal e vesical, uso do WC, transferência cadeira-cama, deambulação e escadas. A pontuação total varia de zero a 100, com pontuações mais altas significando maior grau de função. Uma pontuação inferior a 20 indica grau de dependência total, 20-35 indica grau de dependência grave, 40-55 indica grau de dependência moderado, 60-95 indica grau de dependência leve e 100 independência.

O IB apresenta uma consistência interna excelente, *Alfa Cronbach* s 0,96, reprodutibilidade excelente ICC=0,94. A validade de constructo foi obtida pelo teste de correlação de Spearman com a escala de Lawton, verificando-se um coeficiente de correlação de 0,84, $p<0,001$ (Araújo et al., 2007).

Foi realizada análise estatística descritiva e inferencial com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 25.0. Nos testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%. Em termos de estatística inferencial, para responder à pergunta de investigação de avaliar o impacto do internamento numa UMDR no estado cognitivo, no equilíbrio/risco de queda e na dependência funcional, foram realizados testes paramétricos para amostras emparelhadas, teste *t-student* para amostras emparelhadas e os pressupostos de

normalidade foram assumidos seguindo o teorema do limite central, $n > 30$ (Marôco, 2018). Para avaliar se o estado cognitivo inicial influencia a dependência funcional no momento da alta, foi utilizado o teste paramétrico, teste *Anova One-way*, os pressupostos de normalidade foram assumidos através da análise da simetria e da curtose das variáveis, a homogeneidade de variâncias foi testada com teste de *Levene*. Uma vez que não se verificou homogeneidade de variâncias, recorreu-se ao teste robusto *F de Welch* e utilizou-se o *Games-Howel* como teste *Post-Hoc*, tal como indicado por Marôco (2018). Para avaliar se o género é influenciador nos ganhos obtidos, utilizou-se o teste paramétrico *t-student* para amostras independentes e os pressupostos de normalidade foram assumidos seguindo o teorema do limite central, $n > 30$. A homogeneidade de variâncias foi testada com o teste de *Levene* (Marôco, 2018).

RESULTADOS

A amostra é composta por 309 indivíduos, com uma média \pm DP de idade de 73,9 \pm 12,2 anos. O indivíduo mais novo tem 29 anos e o mais velho 95. Destes 309 indivíduos, 173 são do género masculino (56%) e os restantes 136 do género feminino (44%) (Tabela 1).

Tabela 1. Média de idade da amostra em função do género

Idade			
	M \pm DP	t-student	p-value
Feminino	77,1 \pm 10,8	4,262	$\leq 0,001$
Masculino	71,4 \pm 12,6		

A média de idades dos indivíduos do género masculino é de 71,4 \pm 12,6 e dos indivíduos do género feminino é de 77,1 \pm 10,8 sendo esta diferença estatisticamente significativa.

A distribuição dos indivíduos por características sociodemográficas, visualiza-se na tabela 2.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra

	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Género		
Feminino	136	44
Masculino	173	56
Patologia		
AVC	142	46
Fratura CF	51	16,5
Miopatia Desuso	43	13,9
Outros	73	23,6
Estado Civil		
Casada(o)	123	39,8
Divorciada(o)	39	12,6
Solteira(o)	45	14,6
União de facto	4	1,3
Viúva(o)	98	31,7
Situação Profissional		
Desempregada(o)	31	10
Reformada(o)	259	83,9
Trabalhador(a)	19	6,1

GANHOS EM SAÚDE EM UTENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

A patologia mais prevalente entre a amostra é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), com 142 indivíduos ($n=142$). Relativamente ao estado civil os sujeitos são, na sua maioria, casados com um total de 123 que corresponde a 39,8%, 98 sujeitos são viúvos e correspondem a 31,7%, 45 são solteiros correspondendo a 14,6%, 39 são divorciados correspondendo a 12,6% e por último 4 estão em união de facto correspondendo a 1,3%. Em termos de situação profissional, 83,8% dos indivíduos da amostra são reformados (259), 10% são desempregados e 6,9% são trabalhadores.

Os ganhos em saúde obtidos com o internamento em UMDR ao nível do estado cognitivo, risco de queda e independência funcional estão espelhados na tabela 3.

Tabela 3. Ganhos em saúde obtidos com internamento em UMDR

	Estado Cognitivo	<i>t-student</i>	<i>p-value</i>
T0	3,25±2,950	6,598	≤0,001
T1	2,65±2,960		
Risco de queda			
T0	14,84±13,889	-16,249	≤0,001
T1	25,52±18,143		
Independência Funcional			
T0	38,40±23,880	-17,414	≤0,001
T1	55,39±29,949		

Em termos cognitivos, em T₀ foram considerados 274 resultados válidos, os restantes 35 sujeitos não apresentavam avaliação com a escala SPMSQ por apresentarem alteração da linguagem. A pontuação média foi de 3,3±3,0, a pontuação mínima foi de zero e a pontuação máxima foi de dez. 51,8% dos sujeitos (142) apresentavam uma pontuação que correspondia a "Funcionamento Mental Normal", 19,7% (54) apresentavam uma pontuação que correspondia a "Défice Cognitivo Moderado", 14,6% (40) apresentavam uma pontuação que correspondia a "Défice Cognitivo Ligeiro" e 13,9% (38) apresentavam uma pontuação que correspondia a "Défice Cognitivo Severo".

Em T₁, em termos cognitivos, foram considerados válidos 279 indivíduos, 30 não apresentavam avaliação por apresentarem alterações da linguagem. A pontuação média em T₁ foi de 2,7±3,0, o valor mínimo foi de zero e o valor máximo foi de dez. 59,5% (166) apresentavam uma pontuação que correspondia a "Funcionamento Mental Normal", 18,6% (52) apresentavam uma pontuação que correspondia a "Défice Cognitivo Moderado", 11,8% (33) apresentavam "Défice Cognitivo Ligeiro" e 10% (28) apresentavam "Défice Cognitivo Severo". Desta forma verifica-se que o nível cognitivo apresentou uma melhoria estatisticamente significativa com o internamento ($p \leq 0,001$).

Em termos de equilíbrio/risco de queda, a amostra apresentava em T₀ uma pontuação média de 14,8±13,9. O valor mínimo foi zero e o máximo foi 56. 70,9% (219) apresentavam risco "Alto de Queda", 23,3% (72) apresentavam risco de "Médio de Queda" e 5,8% (18) apresentavam risco "Baixo de Queda". No momento T₁, a pontuação média foi de 25,5±18,1 em que o valor mínimo foi de zero e o máximo foi de 56. 42,4% (131) apresentavam risco "Alto de Queda", 31,7% (98) apresentavam risco "Médio de Queda" e 25,9% (80) apresentavam risco "Baixo de Queda". As diferenças verificadas entre as avaliações evidenciam uma melhoria estatisticamente significativa no risco de queda ($p \leq 0,001$).

O grau de dependência funcional em T₀ apresentava uma pontuação média de 38,4±23,9 em que os valores variaram entre um mínimo de zero e um máximo de 100. 31,4% (97) apresentavam "Grau de Dependência Moderado", 25,9% (80) apresentavam "Grau de Dependência Grave", 21,4% (66) apresentavam "Grau de Dependência Total", 19,7% (61) apresentavam "Grau de dependência Leve" e 1,6% (5) eram "Independentes". O grau de dependência, avaliado em T₁, apresentava uma pontuação média de 55,4±29,9, com o valor mínimo de

zero e o máximo de 100. 45% (139) apresentavam "Grau de Dependência Leve", 18,8% (58), apresentavam "Grau de Dependência Moderado", 14,6% (45) apresentavam "Grau de Dependência Grave", 14,6% (45) apresentavam "Grau de Dependência Total" e 7,1% (22) eram "Independentes". Observa-se uma melhoria estatisticamente significativa no grau de dependência com o internamento ($p < 0,001$).

No momento da alta, os indivíduos que registraram Funcionamento Mental Normal (FMN) na avaliação inicial ($n=142$) apresentavam em T₁ uma pontuação média de $71,4 \pm 22,1$ no IB, os que registraram Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL) ($n=40$) apresentavam uma pontuação média de $51,4 \pm 28,0$ os que registraram Déficit Cognitivo Moderado (DCM) ($n=54$) apresentavam uma pontuação média de $44,3 \pm 27,5$ e os que apresentavam Déficit Cognitivo Severo (DCS) ($n=38$) apresentavam uma pontuação média de $37,2 \pm 28,6$. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4. Influência do estado cognitivo na dependência funcional

		<i>F-Welch</i>	<i>p-value</i>
FMN	71,4±22,1	28,582	≤0,001
DCL	51,4±28,0		
DCM	44,3±27,5		
DCS	37,2±28,6		

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre FMN e todos os grupos com déficit cognitivo, ($p \leq 0,001$). Quando se comparam os participantes com déficit cognitivo, as diferenças verificadas entre eles não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5. Teste Post-Hoc Games-Howell

		<i>Diferença de média</i>	<i>p-value</i>
FMN	DCL	20,069*	0,001
	DCM	27,184*	<0,001
	DCS	34,207*	<0,001
DCL	FMN	-20,069*	0,001
	DCM	7,116	NS
	DCS	14,138	NS
DCM	FMN	-27,184*	<0,001
	CDL	-7,116	NS
	DCS	7,022	NS
DCS	FMN	-34,207*	<0,001
	DCL	-14,138	NS
	DCM	-7,022	NS

No momento da alta, os indivíduos do gênero feminino ($n=124$) apresentavam uma pontuação média na escala SPMSQ de $3,2 \pm 3,1$ e os indivíduos do gênero masculino ($n=155$) apresentavam uma pontuação média de $2,3 \pm 2,9$. O gênero feminino apresenta média significativamente superior ($p=0,016$) o que indica um pior estado cognitivo das no momento da alta em relação ao gênero masculino. Os indivíduos do gênero feminino ($n=136$) apresentavam uma pontuação média na escala BBS de $21,0 \pm 17,4$ e os indivíduos do gênero masculino ($n=173$) apresentavam uma pontuação média de $29,1 \pm 18,0$. O gênero masculino apresenta uma média estatisticamente superior ($p < 0,001$) evidenciando um menor risco de queda momento da alta. Os indivíduos do gênero feminino ($n=136$) apresentavam uma pontuação média no IB de $47,9 \pm 30,3$ e os indivíduos do gênero masculino ($n=173$) apresentavam uma pontuação média de $61,3 \pm 28,4$. O gênero masculino apresenta uma média estatisticamente superior ($p < 0,001$) revelando uma maior funcionalidade no momento de alta em relação ao gênero feminino (Tabela 6).

Tabela 6. Ganhos em saúde em função do género

	Feminino	Masculino	t-student	p-value
Estado Cognitivo	3,2±3,1	2,3±2,8	2,415	0,016
Risco de queda	21,0±17,4	29,1±18,0	-3,959	≤0,001
Independência Funciona	47,9±30,3	61,3±28,4	-3,978	≤0,001

DISCUSSÃO

Considerando as características sócio demográficas da amostra, verifica-se que as mesmas estão alinhadas com outros estudo realizados em Portugal e tendo por alvo a população dependente (ACSS-DRS, 2019; Ferreira, 2015; Martins et al., 2018; Matos et al., 2020; Petronilho et al., 2017).

Trata-se de uma amostra composta na sua maioria por idosos, média 73,9±12,2. No momento da admissão, em média os indivíduos da amostra apresentam um nível de dependência grave segundo o IB (M=38,40). Os indivíduos são maioritariamente do género masculino, (56%), casados (39,8%) e reformados 83,8% o que contraria a tendência frequentemente apresentada de "feminização" do internamento na RNCCI (ACSS-DRS, 2019; Petronilho et al., 2017), indo de encontro aos achados apresentados por Martins et al. (2018).

No momento da admissão, 51,8% dos indivíduos apresenta um funcionamento mental normal e os restantes 48,2% apresentam algum tipo de comprometimento cognitivo. Ferreira (2015) procurou fazer o mesmo tipo de caracterização, no entanto o número de indivíduos da amostra (n=41) e o instrumento de recolha de dados diferente, não permitem realizar comparações, sendo no entanto, notório a percentagem elevada de indivíduos com défice cognitivo. Verifica-se uma evolução positiva na pontuação média, tendo a mesma evoluído de 3,3 para 2,7 no momento da alta, sendo que a percentagem de indivíduos sem défice cognitivo no momento da alta chega aos 59,5%. As diferenças verificadas são estatisticamente significativas, pelo que se conclui que o internamento na UMDR teve um impacto positivo no estado cognitivo dos indivíduos da amostra.

A avaliação dos indivíduos da amostra através da BBS, além de fornecer indicação sobre o equilíbrio e risco de queda, é mais uma ferramenta para compreender a independência funcional destes indivíduos. No momento da admissão 70,1% apresentam risco elevado de queda, o que nos indica uma percentagem muito elevado de indivíduos sem capacidade de deambulação autónoma, sendo a pontuação média da amostra de 14,8. No momento da alta apenas 42,4% apresentam risco elevado de queda, sendo que 31,7% apresentam risco médio e 25,9% risco baixo de queda. A pontuação média no momento da alta é de 25,5. As diferenças verificadas são estatisticamente significativas pelo que se pode, também aqui, concluir que o internamento na UMDR contribuiu para melhorar o equilíbrio e diminuir o risco de queda destes indivíduos.

Em termos da independência funcional, no momento da admissão, a pontuação do IB apresenta um valor médio de 38,4, indicando um valor correspondente a um grau de dependência grave. 47,3% dos indivíduos apresentam um grau de dependência grave ou total, apenas 21,3% apresentam um grau de dependência leve ou eram mesmo independentes. Trata-se, por isso, de uma população com nível elevado de dependência funcional, corroborando aquilo que se estava à espera numa população que é admitida para internamento em UMDR. Estes dados vem de encontro ao relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2019) e aos resultados de outros estudos (Ferreira, 2015; Martins et al., 2018; Matos et al., 2020; Petronilho et al., 2017). No momento da alta 29,2% apresentam grau de dependência grave ou total, mas 52,1% apresentam um grau de dependência leve ou mesmo de independência. A pontuação média no IB no momento da alta é de 55,4, um valor que indica um grau de dependência moderado, mas já em transição para dependência leve. As diferenças verificadas são estatisticamente significativas, pelo que se pode concluir que o internamento teve um impacto positivo na independência funcional destes indivíduos. É importante salientar que apenas 7,1% (n=22) dos indivíduos atingiram independência total nas AVDs.

Millán-Calenti et al (2012) verificaram que um bom estado cognitivo tem uma influência importante no bem-estar funcional da população idosa, indicando que *scores* cognitivos podem ser usados para prever necessida-

des de intervenção. No presente estudo verifica-se que os indivíduos com défice cognitivo apresentam maior dependência funcional, sendo que essa dependência funcional aumenta com o grau de défice cognitivo. As diferenças verificadas entre os indivíduos sem défice cognitivo e com défice cognitivo são estatisticamente significativas, o que contraria os resultados de Ferreira (2015). Consta-se ainda que, entre os indivíduos com défice cognitivo, as diferenças verificadas entre défice ligeiro, moderado e severo, não são significativas entre eles. Isto parece indicar que qualquer tipo de alteração cognitiva tem um impacto significativo na evolução funcional destes indivíduos, indo, desta forma, ao encontro dos resultados de Millán-Calenti et al (2012). Este facto poderá ter implicações ao nível do processo de referenciação destes indivíduos para a RNCCI, já que as UMDR, podem não ser a resposta mais adequada para estes indivíduos.

Por último, apuraram-se diferenças estatisticamente significativas na evolução dos indivíduos quando comparados entre géneros. O género masculino, em todos os *outcomes*, apresenta, em média, melhores resultados. Isto poderá ser explicado pelo facto de, em média, os indivíduos do género masculino, na amostra, apresentarem idades inferiores à dos indivíduos do género feminino, sendo que a diferença verificada na média de idades é estatisticamente significativa. Além disso, os indivíduos do género masculino, apresentam melhor nível cognitivo médio que os indivíduos do género feminino. A junção do fator idade e a sua relação com uma maior dependência funcional e o fator estado cognitivo, podem explicar estas diferenças. No entanto, outros fatores que não foram tidos em conta, como tipos de patologias podem ser influenciadores destes resultados.

O facto de a amostra não ter sido selecionada de forma aleatória e de apenas ter sido recolhida numa unidade impõe limitações à extrapolação dos resultados. Sugere-se a realização de mais estudos nesta área, que englobem as outras tipologias da RNCCI e que tenham em conta mais fatores, como por exemplo a patologia de base na origem da referenciação para a RNCCI.

Os resultados deste estudo devem ser lidos com cautela, no entanto, com a metodologia aplicada obtiveram-se resultados importantes, clinicamente relevantes, a partir de uma amostra em número significativo. Com este estudo damos um contributo para mostrar a importância da RNCCI e das UMDR no cumprimento da sua missão.

CONCLUSÕES

Em conclusão, os resultados sugerem que o internamento em UMDR tem um impacto positivo no estado cognitivo, no risco de queda e na independência funcional dos seus utilizadores. O estado cognitivo é um fator influenciador nos ganhos em saúde obtidos. Os ganhos em saúde são superiores nos indivíduos do sexo masculino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS-DRS. (2019). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2019*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- 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.
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Sante Publique*, 83 Suppl 2, S7—11. <http://europepmc.org/abstract/MED/1468055>
- Decreto-Lei n.º 101 / 2006, Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06 1 (2006). <https://dre.pt/application/conteudo/353934>
- Elm, E. von, Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*, 335(7624), 806–808. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>

- Ferreira, P. (2015). *Evolução funcional do doente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação* [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- INE. (2019). *Estimativas de População Residente em Portugal*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2019). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Instituto da Segurança Social, I.P. http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Kojaie-Bidgoli, A., Fadayeatan, R., Sharifi, F., Alizadeh-Khoei, M., Vahabi, Z., & Aminalroaya, R. (2020). Applicability of SPMSQ in illiterate outpatients in clinics: The validity and reliability of the Short Portable Mental Status Questionnaire. *Applied Neuropsychology: Adult*, 0(0), 1–7. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1792909>
- Magnusson, D. M., Eisenhart, M., Gorman, I., Kennedy, V. K., & E. Davenport, T. (2019). Adopting Population Health Frameworks in Physical Therapist Practice, Research, and Education: The Urgency of Now. *Physical Therapy*, 99(8), 1039–1047. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz048>
- Malta, M., Cardoso, L. O., Bastos, F. I., Magnanini, M. M. F., & Silva, C. M. F. P. da. (2010). Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 559–565. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª Edição). Report Number.
- Martins, R., Henriques, T., & Carvalho, N. (2018). Impacto do internamento na rede nacional de cuidados continuados integrados na melhoria dos níveis da capacidade funcional dos utentes. *Gestão e Desenvolvimento*, 26(26), 177–191. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2018.661>
- Matos, N., Rodrigues, S., Almeida, E., Almeida, C., & Ribeiro, R. (2020). Ganhos em saúde dos utentes assistidos pela equipa de cuidados continuados integrados. *Millenium*, 2(5), 239–245. <https://doi.org/https://doi.org/10.29352/mill0205e.26.00312>
- Meseguer-Henarejos, A.-B., Rubio-Aparicio, M., López-Pina, J.-A., Carles-Hernández, R., & Gómez-Conesa, A. (2019). Characteristics that affect score reliability in the Berg Balance Scale: a meta-analytic reliability generalization study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(5), 570–584. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05363-2>
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 197–201. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.02.010>
- Mósca, E. (2001). *Contributo para a validacao a populacao portuguesa da escala de equilibrio de Berg* [Monografia final do curso de Licenciatura em Fisioterapia]. Escola Superior de Saúde de Alcoitão.
- Petronilho, F., Pereira, C., Magalhães, A., Carvalho, D., Oliveira, J., Castro, P., & Machado, M. (2017). Evolution of self-care dependent individuals admitted to the National Network for Integrated Continuous Care. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº14), 39–48. <https://doi.org/10.12707/RIV17027>
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients†. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433–441. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Santiago, L. M., Prazeres, F., Boto, T., Mauricio, K., Rosendo, I., & Simões, J. (2020). Multimorbidity daily life activities and socio-economic classification in the Central Portugal primary health care setting: an observational study. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(1), 54–58. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2020.92506>

- Stucki, G., & Bickenbach, J. (2017). Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(1), 134–138. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04565-8>
- Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., & Melvin, J. (2018). Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(4), 309–316. <https://doi.org/10.2340/16501977-2200>
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., & Egger, M. (2014). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1500–1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- World Health Organization. (2017a). *Rehabilitation 2030 - a call for action*. <https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2017b). *Rehabilitation in Health Systems*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2020). Decade of Healthy Ageing. In *World Health Organization*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing%0Ahttps://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/connection-series%0Ahttps://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>