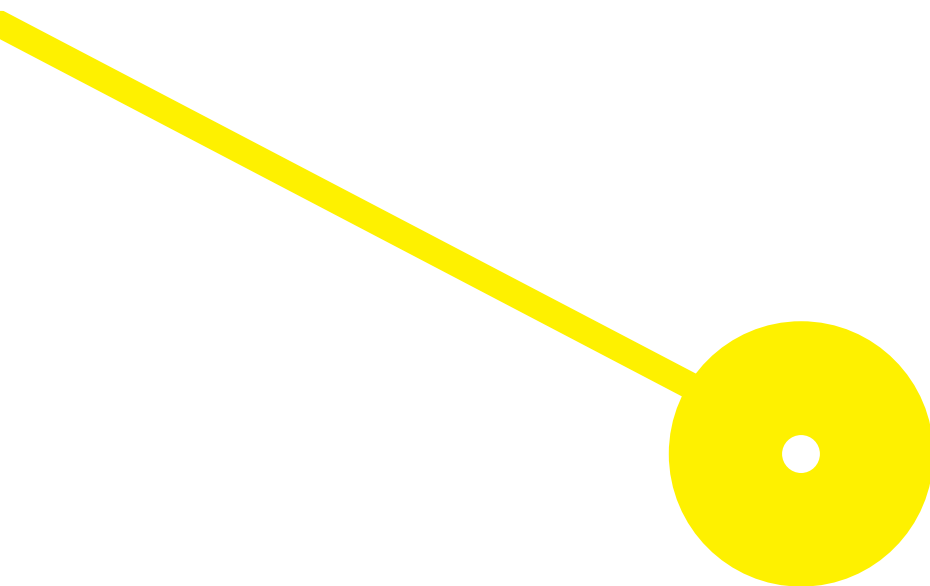




# A Terapia Ocupacional nos Cuidados Continuados

Ana Filipa Duarte Mesquita

19/2020





**ESCOLA  
SUPERIOR  
DE SAÚDE**

## **A Terapia Ocupacional nos Cuidados Continuados**

**Autor**

Ana Filipa Duarte Mesquita

**Orientadoras**

Prof<sup>a</sup> Doutora Paula Portugal – ESS|P.Porto

Prof<sup>a</sup> Doutora Maria João Trigueiro – ESS|P.Porto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional – Ramo/Área de Especialização em Gerontologia pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

## Resumo

O objetivo deste estudo é descrever os utentes admitidos na UMDR de Murça e perceber, dentro destes, quais é que são referenciados para a Terapia Ocupacional, tendo em conta as características sociodemográficas, o diagnóstico e a capacidade funcional nas AVD e AVDI. Trata-se de um estudo observacional descritivo e foram utilizadas as escalas de *Barthele* e de *Lawton e Brody* para recolher os dados relativos à capacidade funcional. A amostra apresenta 580 indivíduos, 302 do sexo feminino (52,1%), com uma média de idades de  $73,93 \pm 11,88$  anos e 49% apresenta como diagnóstico doença cerebrovascular. Concluiu-se que toda a amostra apresenta dependência na capacidade funcional, mas que apenas 42,9% dos utentes foram referenciados para a Terapia Ocupacional. Os utentes do sexo masculino e os indivíduos com o diagnóstico de doenças cerebrovasculares ou traumatismo-cranioencefálico apresentavam maior probabilidade de ser referenciados para a TO. Os indivíduos com doença osteoarticular e indivíduos com melhor desempenho na atividade do vestir apresentavam maior probabilidade de não serem referenciados para a valência. A intervenção do terapeuta ocupacional é fundamental quando a capacidade funcional dos utentes está afetada. São necessários mais estudos para promoção e divulgação dos contributos da TO na RNCCI.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional, Funcionalidade, Cuidados Continuados

## **Abstract**

The aim of this study is to describe the individuals admitted in the Murça UMDR and to understand, among them, which ones are referred to OT, taking into account the socio-demographic characteristics, diagnosis and functional capacity in ADL and IADL. This is a descriptive observational study and the Barthel scale as well as Lawton and Brody scale was used to collect the data on functional capacity. The sample presents 580 individuals, 302 are female (52.1%), with a mean age of  $73.93 \pm 11.88$  years old. From the sample 49% of the individuals presented a diagnosis of cerebrovascular disease. It was concluded that the whole sample presents dependency on functional capacity, although only 42.9% of individuals were referred to OT. The male individuals and/or individuals with a diagnosis of cerebrovascular diseases or traumatic brain injury had highest probability of being referred to OT. Individuals with osteoarticular disease and individuals with a better performance in the activity of dressing were in most cases not referred to OT. The intervention of the occupational therapist is fundamental when the functional capacity of the patients is affected. Further studies are needed to promote and disseminate the contributions of OT in the RNCCI.

**Keywords:** Occupational Therapy, Functionality, Continued Care

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Métodos.....	5
2.1. Desenho do estudo.....	5
2.2. Amostra.....	5
2.3. Instrumentos.....	5
2.4. Procedimentos.....	6
2.5. Análise dos dados.....	7
3. Resultados.....	8
4. Discussão.....	14
5. Conclusão.....	18
6. Referências Bibliográficas.....	19
7. Anexo.....	23

## **Índice de Abreviaturas**

AVC (Acidente Vascular Cerebral)

AVD (Atividades da Vida Diária)

AVDI (Atividades da Vida Diária Instrumentais)

ECL (Equipa de Coordenação Local)

INE (Instituto Nacional de Estatística)

OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económica)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados)

TCE (Traumatismo Cranio-Encefálico)

TO (Terapia Ocupacional)

UC (Unidades de Convalescença)

UCCI (Unidade de Cuidados Continuados Integrados)

UE (União Europeia)

UMDR (Unidade de Média Duração e Reabilitação)

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra e comparação da distribuição dos dois grupos relativamente às características sociodemográficas

Tabela 2: Distribuição da variável idade de acordo com as variáveis diagnósticos e sexo

Tabela 3: Distribuição das pontuações médias das escalas de *Barthel* e de *Lawton e Brody* de acordo com os diagnósticos

Tabela 4: Associação entre o desempenho dos indivíduos quando medidos pela escala de *Barthel* e a escala de *Lawton e Brody*.

Tabela 5: Pontuações médias das escalas de *Barthel* e de *Lawton e Brody* da amostra e sua distribuição de acordo com os grupos com e sem referência para TO

Tabela 6: Preditores de ser encaminhado para TO em função do Sexo, Diagnóstico e Vestir.

## 1. Introdução

O efeito da diminuição da mortalidade e da natalidade tem vindo a alterar o perfil demográfico da população portuguesa, cujo traço mais marcante é o seu progressivo envelhecimento (Monteiro et al., 2013). Em julho de 2015, o Instituto Nacional de Estatística (INE)<sup>1</sup>, publicou um relatório onde situava Portugal numa posição crítica relativamente aos 28 países pertencentes à União Europeia (UE). Comparativamente com os restantes países da UE, Portugal apresenta o quinto valor mais elevado do índice de envelhecimento<sup>2</sup>, o terceiro valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa<sup>3</sup> e o terceiro maior aumento da idade mediana<sup>4</sup> em 10 anos (INE, 2015).

Uma das consequências diretas do envelhecimento humano é o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que, inevitavelmente, resultam no aumento das necessidades e da procura de respostas, não só na área da saúde como também ao nível social (Monteiro et al., 2013). Nesse sentido, a meta no atendimento à saúde deixa de ser a de apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma a permanecer autónomo e independente o maior tempo possível (Sarmiento et al., 2014).

Embora se torne fundamental olhar o processo de envelhecimento como a prova de que se teve saúde para a atingir e não como doença ou incapacidade, a Organização Mundial de Saúde estima que aumentem substancialmente as necessidades em cuidados de saúde da pessoa idosa, paralelamente a um aumento acentuado da prevalência de doenças de evolução prolongada (Oliveira, 2011; Ribeiro, 2012). Com o aumento da esperança média de vida e da deterioração fisiológica associada ao envelhecimento, aumentam igualmente as doenças típicas de uma faixa etária mais avançada tais como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as doenças osteoarticulares que têm sido a principal causa de internamento hospitalar de utentes idosos (Rodrigues et al., 2018; DGS, 2006; Sousa et al., 2002; Berger & Mailloux-Poirier, 1995). Tratam-se de episódios agudos, mas que, essencialmente na população idosa, rapidamente se tornam doenças crónicas devido às comorbilidades já existentes (Cabete, 2005; Oliveira, 2011; Rodrigues et al., 2018). Assim, existe um padrão próprio de doença no idoso, caracterizado por patologia múltipla, complicações frequentes e graves, relacionando-se com fatores sociais e cronicidade (Gladyshev & Gladyshev, 2017; Cabete, 2005).

As limitações decorrentes das doenças agudas ou crónicas influenciam a capacidade funcional do idoso, podendo mesmo levar à incapacidade parcial ou total, criando impacto para a família. (Broeiro-Gonçalves, 2017; Tavares et al., 2012; Lichtenberg et al., 2000; DGS, 2006). As famílias atuais, deixaram

---

<sup>1</sup> Dados retirados do documento do INE: “Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia”, disponível a 6 de outubro de 2017, em

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

<sup>2</sup> Índice de envelhecimento é a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

<sup>3</sup> Índice de renovação da população em idade ativa é a relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos.

<sup>4</sup> Idade mediana é definida como a idade que divide um grupo em duas metades de dimensão igual.

de poder atender às necessidades dos idosos devido a fatores estruturais tais como a mobilidade geográfica e social que favorece o afastamento entre membros da família; as condições materiais precárias que levam a que as famílias habitem em casas pequenas e pouco adaptadas não permitindo a coexistência de várias gerações no mesmo agregado e a nova condição da mulher que entrando para o mundo do trabalho, conduziu a uma menor disponibilidade para tarefas relacionadas com a vida doméstica (Pimentel, 2005; Freitas, 2011). Sendo assim, atendendo ao impacto do envelhecimento da população, à mudança do perfil de patologias, às situações de dependência e de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar, e à mudança do perfil das famílias, verificam-se desafios relativos a novas necessidades e na forma de prestação de cuidados. Assim, a saúde e apoio social trabalharam de forma articulada para responder à perda de autonomia, de forma a favorecer a permanência do cidadão na comunidade com a máxima qualidade de vida possível e bem-estar das famílias (Nogueira, 2009).

Com a introdução do novo Decreto Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006), passou a formalizar-se uma estratégia nacional única para Portugal Continental, criando-se um novo modelo de prestação de cuidados inserido no Sistema Nacional de Saúde, que é operacionalizado através de uma rede nacional e intersectorial. Desta forma, surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sendo constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto em sua casa como em instalações próprias.

Para ter acesso a uma instituição da RNCCI, a pessoa em situação de dependência é encaminhada através de uma Equipa de Coordenação Local (ECL), mediante uma proposta de um serviço de saúde (hospital ou centro de saúde). Face à proposta de ingresso, a ECL, após análise e decisão sobre a situação em causa, identifica e providencia o melhor recurso da RNCCI que responde às necessidades do utente/família (internamento, ambulatório ou apoio domiciliário) sendo, de igual forma, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação. A sua referenciação é então acompanhada da documentação necessária, nomeadamente a avaliação médica, de enfermagem e social, dos objetivos da intervenção centrados na pessoa documentados em formulário próprio e dos termos de aceitação e consentimento informado (Decreto Lei n.º 101/2006, de 6 de junho do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Os utentes são referenciados a partir do prognóstico, ou seja, da previsão do período de tempo que necessitam para recuperar e dos cuidados necessários, e podem ser distribuídos pelas diferentes tipologias da RNCCI de acordo com os seus critérios de admissão (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006): as Unidades de Convalescência (UC) que admitem utentes cuja previsão de reabilitação é de 60 dias e apresentam como finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos; as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) que integram utentes que experienciaram episódios agudos, tais como fraturas, acidentes vasculares cerebrais com sequelas mais graves ou outro

tipo de patologias incapacitantes e que apresentam um prognóstico de recuperação até 90 dias; as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) que se apresentam como unidades de internamento de carácter temporário ou permanente, onde se prevê que o período de internamento seja superior a 90 dias e apresentam como objetivo evitar a deterioração física dos utentes, focando a sua ação na prevenção da dependência funcional, manutenção e apoio social; e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) que fornecem acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de utentes em situação complexa de sofrimento decorrente de doença severa ou avançada, incurável e progressiva. Por fim as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social que prestam serviços domiciliários a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento, mas que não seja possível a sua deslocação do domicílio. As restantes tipologias da RNCCI podem referenciar os utentes para as ECCI dependendo do estado e dos cuidados necessários para cada utente no pós-alta.

A RNCCI apresenta requisitos para cada tipologia, no entanto não existem diretrizes ou guias específicos para o bom funcionamento de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) nem no que se refere à constituição das equipas multidisciplinares, no entanto por norma as UCCI apresentam nas suas equipas, médicos de diversas especialidades, enfermeiros, auxiliares de ação médica, assistente social, psicólogo clínico, animador socio-cultural e uma equipa de reabilitação formada por médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional.

O terapeuta ocupacional através das suas competências e conhecimento científico, reconhece a importância da relação dinâmica existente entre a pessoa, ambiente e a ocupação, pois a interferência ou alterações em qualquer um destes componentes, influencia o desempenho ocupacional e consequentemente influenciará a satisfação nas ocupações (Kielhofner & Burke, 1980).

Apesar de ser difícil comparar a intervenção da Terapia Ocupacional (TO) numa RNCCI com os cuidados prestados por ela prestado noutros países, existem diversos relatos que retratam a importância da intervenção da TO nas chamadas “*long-term care homes*”<sup>5</sup> como é o caso do documento realizado pela *Ontario Society of Occupational Therapists* (Ontario Society of Occupational Therapists, 2015). Segundo a *OSOT*, os residentes que beneficiam dos serviços de TO são: os utentes com internamento curto, que necessitam de reabilitação com pouca intensidade para restaurar a independência funcional e apresentam como objetivo regressar à vida na comunidade; os utentes com internamento longo que necessitam de intervenções para restaurar ou maximizar a independência funcional; e os utentes com internamento longo que necessitam de intervenção para manutenção de competências, prevenir o declínio ou promover o correto ajuste para o declínio funcional do utente (OSOT, 2015).

Outros documentos, como os da *The American Occupational Therapy Association* (Letts et al., 2011; Jette et al., 2005; Rogers, 1983), referem qual a intervenção do terapeuta ocupacional nas “*skilled nursing*

---

<sup>5</sup> “lares de longa permanência”

*facilities*<sup>6</sup> ou nas *“assisted living facilities”*<sup>7</sup>, que em parte se relacionam com uma UMDR, desempenhando um papel vital centrado no utente internado para reabilitar (Letts et al., 2011; Jette et al., 2005; Rogers, 1983).

Sendo uma UCCI um contexto de limitações e perda de funcionalidade, através da sua intervenção, o terapeuta ocupacional visa maximizar o desempenho ocupacional e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença. Para tal, o processo de avaliação e intervenção deve centrar-se no indivíduo ajudando-o a preservar a sua identidade, e deve ser planeado de forma a ir ao encontro das suas prioridades e dos fatores que inibem o seu desempenho, promovendo o seu envolvimento em ocupações. No que se refere à intervenção da TO nestas instituições, em Portugal, os estudos são ainda escassos, devido também ao facto da TO ter integrado as equipas multidisciplinares dos cuidados continuados há poucos anos. Esta lacuna de investigação, nomeadamente na definição dos critérios de referenciação para a valência e sua intervenção, levaram à necessidade de produzir conhecimento para a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados na RNCCI (Pinto et al., 2016; Lopes et al., 2010).

Neste sentido, o objetivo deste estudo é descrever os utentes admitidos na UMDR de Murça e perceber, dentro destes, quais é que são referenciados para a TO, tendo em conta as características sociodemográficas, o diagnóstico e a capacidade funcional nas AVD e AVDI.

---

<sup>6</sup> “instituições com cuidados de enfermagem qualificados”

<sup>7</sup> “lares sem cuidados de enfermagem permanente”

## **2. Métodos**

### **2.1. Desenho do estudo**

De forma a responder aos objectivos definidos, foi desenhado um estudo observacional descritivo que apresenta como objetivo deprever os utentes admitidos na UMDR de Murça e perceber, dentro destes, quais é que são referenciados para a TO, tendo em conta as características sociodemográficas, o diagnóstico e a capacidade funcional nas AVD e AVDI.

### **2.2. Amostra**

Na UMDR de Murça existem 25 camas ocupadas com indivíduos cujos internamentos têm uma duração média de 90 dias. Apesar de não existirem limites de idades para internamento, a maioria dos utentes admitidos são idosos com diagnóstico de AVC ou de fratura da anca, que são internados para reabilitação. Para o estudo consideraram-se todas as admissões na UMDR de Murça entre um de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2019, tratando-se assim de uma amostra não probabilística por conveniência. Não foram utilizados outros critérios de inclusão ou exclusão porque se pretendia dar uma exposição geral de todos os utentes. Durante este período foram admitidos nesta unidade 580 utentes.

### **2.3. Instrumentos**

Os dados foram obtidos a partir de informações recolhidas do processo individual de cada utente, nomeadamente a idade, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, o diagnóstico e se foram ou não referenciados para a valência de TO (função do médico fisiatra). Para além destes dados sócio-demográficos, para caracterizar o perfil dos utentes relativamente à independência funcional nas AVD e AVDI, foram também recolhidos os dados relativos às avaliações iniciais que permitissem essa caracterização. Assim foram selecionadas as seguintes escalas:

-Escala de *Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965): avalia o nível de independência do indivíduo na realização de dez atividades da vida diária: alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que zero corresponde à dependência total e os restantes níveis podem ser pontuados com cinco, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência sendo que 15 pontos significam independência naquela atividade. O valor total mínimo possível é de zero e o máximo de 100 sendo que, quanto mais alta a pontuação, maior o nível de independência. Nesta recolha de dados foi utilizada a versão de Sequeira (2007), que apresenta os seguintes pontos de corte: 100 independente, >60 a <100 ligeiramente dependente, >40 a ≤60 moderadamente dependente, ≥20 a ≤40 severamente dependente, < 20 totalmente dependente (Mahoney & Barthel, 1965). O estudo das medidas psicométricas desenvolvido por Araújo et al. (2007) revelou que a escala original apresenta uma boa consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach*

de 0,96, e a adaptação feita por Sequeira (2007) apresenta um alfa de 0,89 (Araújo et al., 2007; Sequeira, 2007).

-Escala *Lawton e Brody*: esta escala foi desenvolvida por Lawton e Brody (1969), e avalia o nível de independência nas atividades de vida diária instrumentais que se definem por atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas que as utilizadas nas AVD (Marques & Trigueiro, 2011). A escala apresenta oito domínios, nomeadamente a capacidade de utilizar o telefone, ir às compras, a preparação da comida, o cuidar da casa, o tratamento da roupa, as deslocações/utilização de transportes, a gestão da medicação e a gestão do dinheiro (Araújo et al., 2008; Sequeira, 2007). A escala utilizada na recolha dos dados foi a adaptação para Portugal por Azeredo e Matos (2003). A pontuação final da escala varia entre zero e 16 e apresenta em cada domínio três grupos de classificação: zero corresponde a dependência grave ou total, um corresponde a dependência moderada e dois corresponde a ligeira dependência ou independência. Os indivíduos são pontuados de acordo com seu nível mais elevado de funcionamento nessa categoria (Araújo et al., 2008). Quando o participante apresenta uma pontuação total entre zero e cinco, é considerada dependência grave ou total, quando se situa entre seis e 11, é considerado dependente moderado, e quando a pontuação se encontra entre 12 e 16 significa que o utente apresenta uma dependência ligeira ou é independente nas atividades da vida diária instrumentais, ou seja, quanto mais alta a pontuação, maior o nível de independência (Azeredo & Matos, 2003). Araújo et al. (2008), analisaram a consistência interna da escala pontuada na forma original e na versão utilizada neste estudo, obtendo os valores de  $\alpha = 0,91$  e  $\alpha = 0,94$ , respetivamente.

## **2.4. Procedimentos**

O estudo iniciou-se em outubro de 2017 altura em que foi submetida a autorização para a realização do estudo na UCCI de Murça, que foi aceite e assinada pelo Exmo. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Murça. A partir do dia 1 de janeiro de 2016 até ao dia 31 de dezembro de 2019, todos os utentes admitidos foram sujeitos à avaliação do profissional do serviço social relativamente à idade, ao sexo, ao estado civil e ao grau de escolaridade. O diagnóstico e a referenciação para a valência de TO foram definidos pela médica fisiátrica. A aplicação das escalas de *Barthel* e de *Lawton e Brody* é feita pelo enfermeiro de turno que pontua cada atividade de acordo com as indicações da escala. Esta avaliação é realizada através da observação do utente na realização das atividades de forma espontânea em contexto de internamento ou através da realização propositada das atividades, com objetos pessoais do utente ou da unidade (por exemplo a avaliação da atividade em que o utente tem de realizar uma chamada telefónica é realizada preferencialmente com o próprio telemóvel do utente ou na sua falta, com o da instituição). Desde janeiro de 2016, no final de cada mês a investigadora dirigiu-se ao arquivo e recolheu dos processos individuais de cada utente os dados anteriormente referidos até que em janeiro de 2020 após a recolha de todos os dados, procedeu ao seu tratamento.

## 2.5. Análise dos dados

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao *software* de análise *IBM SPSS 25.0 – Statistical Package for the Social Sciences* (IBM Corp., 2017).

Para a caracterização da amostra foi utilizada a estatística descritiva, sendo que as variáveis sexo, estado civil, escolaridade e diagnóstico foram apresentadas através de frequências absolutas (número) e relativas (percentagem) e a variável idade através de medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) e amplitude (máximo e mínimo).

Foi necessário agrupar algumas variáveis de forma a obter resultados sem muita dispersão, sendo que, para a variável escolaridade foram constituídos grupos segundo os ciclos de escolaridade, sendo eles: sem escolaridade, 1º ciclo, 2º ciclo, 3º ciclo, secundário e ensino superior. A variável diagnóstico foi também agrupada devido à variabilidade de patologias sendo ela apresentada em quatro grupos: traumatismo crânio-encefálico (TCE), doenças cerebrovasculares, doenças osteoarticulares e miopatia de desuso. A variável da referenciação para TO foi agrupada nos utentes referenciados para a valência e nos utentes sem referenciação para TO.

Relativamente à análise inferencial, para verificar se existem diferenças entre os utentes referenciados e não referenciados para a TO, usou-se o teste do qui-quadrado ou o teste de *Fisher* para as variáveis do tipo nominal e o teste U de *Mann-Whitney* para as variáveis discretas, uma vez que nenhum seguia uma distribuição normal. Para o estudo das pontuações médias das escalas de *Barthel* e de *Lawton e Brody* de acordo com os diagnósticos dos utentes e o ter ou não referenciação para TO foram utilizados os testes de *Kruskal-Wallis* e U de *Mann-Whitney*, respectivamente.

Para verificar se a escala de *Barthel* e a escala de *Lawton e Brody* medem da mesma forma o desempenho dos indivíduos, foi realizada uma correlação de Spearman uma vez que são avaliadas relações envolvendo variáveis ordinais.

Para avaliar a significância do sexo, do diagnóstico e do vestir sobre a probabilidade de ter ou não TO recorreu-se à regressão logística pelo método *Forward* como descrito em Marôco (2011). Procedeu-se também à validação dos pressupostos por intermédio da análise gráfica dos resíduos e ao diagnóstico de casos influentes. No primeiro nível fez-se entrar a variável diagnóstico, no segundo acrescentou-se a variável vestir e, no terceiro nível, a variável sexo. Aqui foram codificadas as variáveis da seguinte forma: Sexo(1)=sexo masculino; Diagnóstico(1)=TCE; Diagnóstico(2)=Doença cerebrovascular; Diagnóstico(3)=Doença osteoarticular.

O nível de significância definido foi de  $\alpha=0,05$  (Marôco, 2011).

### 3. Resultados

A amostra deste estudo é constituída por 580 participantes, sendo 278 (47,9%) do sexo masculino e 302 (52,1%) do sexo feminino. No que respeita ao estado civil, a maioria dos indivíduos, 320 (55,2%) são casados, seguido por 167 (28,8%) viúvos, 66 (11,4%) solteiros e 27 (4,7%) divorciados. A escolaridade dos participantes varia entre zero e ensino superior, com a maioria, 50,3% (n=292) a apresentar o 1º ciclo de escolaridade, seguidos de 140 indivíduos (24,1%) sem escolaridade e 104 (17,9%) indivíduos com o 2º ciclo. Apenas 18 (3,1%) indivíduos completaram o ensino secundário e a minoria, 2 indivíduos (0,3%) fez o ensino superior (Tabela 1).

**Tabela 1: Caracterização da amostra e comparação da distribuição dois grupos relativamente às características sociodemográficas**

		Amostra total N (%)	Grupo referenciado para TO N (%)	Grupo sem referência para TO N (%)	<i>p</i>	
		580 (100)	249 (42,9)	331 (57,1)		
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	278 (47,9)	134 (23,1)	144 (24,8)	<b>0,015*</b>	
	<b>Feminino</b>	302 (52,1)	115 (19,8)	187 (32,2)		
<b>Estado civil</b>	<b>Solteiro</b>	66 (11,4)	19 (3,28)	47 (8,10)	<b>0,045**</b>	
	<b>Casado</b>	320 (55,2)	148 (25,5)	172 (29,66)		
	<b>Divorciado</b>	27 (4,7)	14 (2,41)	13 (2,24)		
	<b>Viúvo</b>	167 (28,8)	68 (11,7)	99 (17,1)		
<b>Escolaridade</b>	<b>Sem escolaridade</b>	140 (24,1)	58 (10,00)	82 (14,14)	<b>0,023**</b>	
	<b>1 ciclo</b>	292 (50,3)	112 (19,31)	180 (31,03)		
	<b>2 ciclo</b>	104 (17,9)	51 (8,79)	53 (9,14)		
	<b>3 ciclo</b>	24 (4,1)	17 (2,93)	7 (1,21)		
	<b>secundário</b>	18 (3,1)	10 (1,72)	8 (1,38)		
<b>Diagnóstico</b>	<b>ensino superior</b>	2 (0,3)	1 (0,17)	1 (0,17)	<b>&lt;0,001**</b>	
	<b>TCE</b>	15 (2,6)	7 (1,2)	8 (1,4)		
	<b>Doenças cerebrovasculares</b>	284 (49,0)	224 (38,6)	60 (10,3)		
	<b>Doenças osteoarticulares</b>	162 (27,9)	9 (1,6)	153 (26,4)		
	<b>Miopatia de desuso</b>	119 (20,5)	9 (1,6)	110 (19,0)		
		<b>Média (d.p.)</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>M (d.p.)</b>	<b>M (d.p.)</b>
<b>Idade</b>		73,93 (11,88)	29	95	71,56 (11,62)	75,72 (11,79)

\*Teste de Fisher

\*\*Teste de Mann-Whitney

\*\*\*Teste do qui-quadrado

Na tabela 1 é ainda possível verificar que o número de utentes que foi referenciado para a TO foi de 249 (42,9%) indivíduos e o grupo com os indivíduos que não foram referenciados para a valência foi de 331 (57,1%) utentes.

No que se refere às características clínicas da amostra, foi possível identificar quatro grupos de diagnósticos onde 284 (49,0%) indivíduos apresentavam doenças cerebrovasculares, 162 (27,9%) apresentavam doenças osteoarticulares, 119 (20,5%) indivíduos apresentavam miopatia de desuso e 15 (2,6%) utentes apresentavam TCE. Os utentes que são referenciados para a TO apresentam, na grande maioria, o diagnóstico de doenças cerebrovasculares (38,6%), contrariamente aos utentes que não são

referenciados para a TO que apresentam, na maioria, diagnósticos de doenças osteoarticulares (26,4%), seguido de miopatia de desuso (19,0%) (tabela 1).

A idade dos indivíduos da amostra tem uma grande amplitude, variando entre os 29 e os 95 anos, apresentando a amostra uma média de 73,93±11,88 anos (tabela 1), sendo o sexo feminino aquele que apresenta uma média mais alta, de 76,79±10,45 anos, enquanto a do sexo masculino se situa nos 70,83±12,57 anos. Esta diferença de idades entre os dois sexos é significativa, com um valor de *p* de 0,001 (tabela 2). Analisando a idade dos indivíduos de acordo com o diagnóstico apresentado, verifica-se que a média de idades dos utentes com doenças osteoarticulares é de 76,59±12,18, seguido dos utentes com doenças cerebrovasculares é de 73,30±11,34, dos utentes com miopatia de desuso (72,67±11,90) e dos utentes com TCE com uma média de idades de 67,20±13,75, verificando-se, portanto, que os utentes mais novos apresentam o diagnóstico de TCE e os utentes mais velhos os que apresentam doenças osteoarticulares. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade dos indivíduos, de acordo com o diagnóstico (tabela 2).

**Tabela 2: Distribuição da variável idade de acordo com as variáveis diagnóstico e sexo**

		Idade	
		M (d.p.)	<i>p</i>
Diagnóstico	TCE	67,20 (13,75)	<0,001*
	Doenças cerebrovasculares	73,30 (11,34)	
	Doenças osteoarticulares	76,59 (12,18)	
	Miopatia de desuso	72,67 (11,90)	
Sexo	Feminino	76,79 (10,45)	0,001**
	Masculino	70,83 (12,57)	

\*Teste de qui-quadrado

\*\*Teste de Fisher

Na tabela 3 podem observar-se os valores dos domínios da escala de *Barthel* por grupo de diagnóstico. Verifica-se que existem diferenças significativas entre os diagnósticos e todos os domínios com exceção do tomar banho. Os utentes com o diagnóstico de doença cerebrovascular e TCE são os que apresentam médias mais baixas (19,57±15,85 e 25±22,60 respetivamente) relativamente à pontuação total da escala, ou seja, são os que têm um maior nível de dependência. Exceptuando o domínio do controlo intestinal, os utentes do diagnóstico de doenças cerebrovasculares são os que apresentam piores médias em todos os domínios, com médias que variam entre 0,00 e 4,54±2,66, revelando ser aqueles com um maior grau de dependência funcional. Contrariamente, os utentes com miopatia de desuso são os que apresentam melhores resultados em todos os domínios (com médias variando entre 0,00 e 7,82±3,10), seguindo-se os utentes com doenças osteoarticulares (com médias variando entre 0,00 e 7,38±3,06). Os domínios da alimentação e controlo intestinal e urinário são onde se verificam as médias mais elevadas por parte de todos os grupos de diagnóstico. Já o tomar banho, subir e descer escadas e a mobilidade são os que apresentam médias mais baixas, significando que são estas as actividades onde os utentes apresentam maior comprometimento. Todos os utentes,

independentemente do diagnóstico, apresentam dependência total no domínio do tomar banho. No subir e descer escadas, os utentes com pior desempenho são os que apresentam doenças cerebrovasculares ( $0,14\pm 0,83$ ), seguido dos que apresentam doenças osteoarticulares ( $0,25\pm 1,09$ ), dos que apresentam miopatia de desuso ( $0,55\pm 1,70$ ) e, por fim, com um desempenho superior, os utentes com diagnóstico de TCE ( $1,00\pm 2,07$ ). Relativamente à mobilidade, são os utentes com TCE que apresentam um desempenho superior ( $2,00\pm 3,68$ ), seguido dos utentes com miopatia de desuso e doenças osteoarticulares ( $1,89\pm 3,38$  e  $1,82\pm 3,29$  respetivamente) e, com maior comprometimento, os utentes com doenças cerebrovasculares ( $1,05\pm 2,47$ ).

**Tabela 3: Distribuição das pontuações médias das escalas de Barthel e de Lawton e Brody de acordo com os diagnósticos**

		TCE	Doenças cerebrovasculares	Doenças osteoarticulares	Miopatia de desuso	P*
		M (d.p.)	M (d.p.)	M (d.p.)	M (d.p.)	
Escala de Barthel	Total	25 (22,60)	19,57 (15,85)	30,31 (17,73)	33,15 (18,95)	<0,001
	Alimentação	4,33 (4,17)	4,54 (2,66)	7,38 (3,06)	7,82 (3,10)	<0,001
	Transferências	3,33 (4,08)	1,38 (2,87)	2,44 (3,36)	3,15 (3,84)	<0,001
	Higiene pessoal	2,33 (2,58)	1,56 (2,32)	2,72 (2,62)	3,03 (2,62)	<0,001
	Uso do WC	2,00 (2,54)	0,89 (2,00)	1,88 (2,49)	2,14 (2,81)	<0,001
	Tomar banho	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	1,000
	Mobilidade	2,00 (3,68)	1,05 (2,47)	1,82 (3,29)	1,89 (3,38)	0,019
	Subir e descer escadas	1,00 (2,07)	0,14 (0,83)	0,25 (1,09)	0,55 (1,70)	0,001
	Vestir e despir	1,67 (2,44)	1,29 (2,39)	2,90 (2,66)	3,66 (2,96)	<0,001
	Controlo Intestinal	4,67 (4,42)	5,20 (3,56)	6,20 (3,56)	6,22 (3,56)	0,008
	Controlo Urinário	3,67 (3,99)	3,63 (3,50)	4,85 (3,32)	4,83 (3,44)	0,001
	Escala de Lawton e Brody	Total	1,20 (1,66)	0,93 (1,55)	1,87 (2,15)	2,26 (2,22)
Telefonar		0,80 (0,94)	0,63 (0,84)	1,08 (0,88)	1,27 (0,88)	0,000
Ir às compras		0,00 (0,00)	0,02 (0,14)	0,03 (0,21)	0,02 (0,13)	0,971
Gerir dinheiro		0,07 (0,26)	0,14 (0,45)	0,39 (0,72)	0,46 (0,72)	<0,001
Gerir medicação		0,33 (0,72)	0,13 (0,40)	0,29 (0,57)	0,39 (0,65)	<0,001
Utilizar transportes		0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,01 (0,08)	0,00 (0,00)	0,630
Preparar refeições		0,00 (0,00)	0,01 (0,10)	0,04 (0,19)	0,03 (0,18)	0,104
Cuidar da casa		0,00 (0,00)	0,01 (0,84)	0,03 (0,17)	0,05 (0,22)	0,035
Tratar da roupa	0,00 (0,00)	0,01 (0,08)	0,02 (0,16)	0,03 (0,18)	0,072	

\*Teste *Kruskal-Wallis*

Ainda na tabela 3 e relativamente à distribuição dos valores da escala de *Lawton e Brody* de acordo com o diagnóstico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na pontuação total da escala ( $p<0,001$ ) e em quatro dos seus domínios, sendo eles: telefonar ( $p<0,001$ ), gerir dinheiro ( $p<0,001$ ), gerir medicação ( $p<0,001$ ) e cuidar da casa ( $p=0,035$ ). Mais uma vez, verifica-se que são os utentes com doenças cerebrovasculares que apresentam a média mais baixa na pontuação total da escala ( $0,93\pm1,55$ ), contrariamente aos utentes com miopatia de desuso ( $2,26\pm2,22$ ) e dos utentes com doenças osteoarticulares ( $1,87\pm2,15$ ). O mesmo se verifica em cada domínio, onde os utentes com doenças cerebrovasculares apresentam maior dependência que os restantes, com médias variando entre 0,00 e  $0,63\pm0,84$ . Os domínios onde se verificam médias mais elevadas, independentemente do diagnóstico, são os de telefonar, gerir a medicação e gerir dinheiro. Todos os utentes demonstram dependência elevada nos restantes domínios apresentando médias muito baixas, próximas de 0.

A tabela 4 apresenta a correlação entre os valores da escala de *Barthel* e da escala de *Lawton e Brody*, sendo possível afirmar que as duas escalas medem o desempenho dos indivíduos de igual forma em 76,3% dos casos, apresentando uma correlação estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ).

**Tabela 4: Associação entre o desempenho dos indivíduos quando medidos pela escala de *Barthel* e a escala de *Lawton e Brody*.**

Escala <i>Lawton e Brody</i>	Escala de <i>Barthel</i>	
	Coeficiente de correlação*	
		0,763
	<i>p</i>	<0,001

\*Correlação de *Spearman*

Em ambas as escalas se encontraram diferenças no desempenho dos indivíduos com e sem referência para a TO, sendo que na tabela 5 são apresentados os valores dos domínios da escala de *Barthel* de acordo com os utentes com e sem referência para a TO. Nesta tabela verifica-se que existem diferenças estatísticas significativas em todos os seus domínios ( $p<0,001$  na grande maioria), com a exceção do domínio do banho. Nos restantes domínios, a média da pontuação dos utentes sem referência para a TO é superior (com médias variando entre 0,00 e  $7,24\pm3,28$ ) à dos que foram referenciados para a valência (com médias que variam entre 0,00 e  $5,08\pm3,56$ ), ou seja, os utentes com referência para a TO são aqueles que apresentam maior dependência funcional.

Foram também encontradas diferenças significativas na distribuição dos utentes com e sem referência para TO relativamente aos valores da escala de *Lawton e Brody* em todos os seus domínios, com a exceção de três, sendo eles: ir às compras, utilizar transportes e tratar da roupa (tabela 5). Também nesta escala se verifica que os utentes que foram referenciados para a TO são aqueles que apresentam maior dependência funcional, uma vez que se verificam médias mais baixas (variando entre 0,00 e  $0,54\pm0,78$ ) do que as dos utentes sem referência para a valência (com médias que variam entre 0,00 e  $1,15\pm0,90$ ).

**Tabela 5: Pontuações médias das escalas de Barthel e de Lawton e Brody da amostra e sua distribuição de acordo com os grupos com e sem referência para TO**

		Amostra M (d.p.)	Grupo referenciado para TO M (d.p.)	Grupo sem referência para TO M (d.p.)	P*
Escala de Barthel	Total	25,54 (18,21)	17,77 (13,74)	31,31 (19,01)	<0,001
	Alimentação	6,00 (3,28)	4,34 (2,47)	7,24 (3,28)	<0,001
	Transferências	2,10 (3,33)	1,11 (2,52)	2,84 (3,66)	<0,001
	Higiene pessoal	2,21 (2,55)	1,35 (2,22)	2,85 (2,60)	<0,001
	Uso do WC	1,46 (2,41)	0,68 (1,72)	2,04 (2,67)	<0,001
	Tomar banho	0,00 (0,00)	0,00 (-)	0,00 (-)	1,000
	Mobilidade	1,47 (2,97)	0,84 (2,08)	1,93 (3,42)	<0,001
	Subir e descer escadas	0,28 (1,18)	0,12 (0,77)	0,39 (1,40)	0,006
	Vestir e despir	2,25 (2,77)	0,86 (2,00)	3,28 (2,82)	<0,001
	Controlo Intestinal	5,67 (3,61)	5,08 (3,56)	6,10 (3,60)	0,001
	Controlo Urinário	4,22 (3,49)	3,49 (3,51)	4,76 (3,39)	<0,001
Escala de Lawton e Brody	Total	1,47 (1,96)	0,73 (1,30)	2,04 (2,18)	<0,001
	Telefonar	0,89 (0,90)	0,54 (0,78)	1,15 (0,90)	<0,001
	Ir às compras	0,02 (0,17)	0,01 (0,09)	0,03 (0,21)	0,094
	Gerir dinheiro	0,27 (0,61)	0,08 (0,33)	0,42 (0,72)	<0,001
	Gerir medicação	0,24 (0,53)	0,08 (0,30)	0,36 (0,62)	<0,001
	Utilizar transportes	0,00 (0,04)	0,00 (0,00)	0,00 (0,05)	0,386
	Preparar refeições	0,02 (0,15)	0,01 (0,09)	0,03 (0,18)	0,043
	Cuidar da casa	0,02 (0,15)	0,01 (0,09)	0,03 (0,18)	0,043
Tratar da roupa	0,02 (0,13)	0,01 (0,09)	0,02 (0,15)	0,141	

\*Teste U de Mann-Whitney

Para avaliar a significância do sexo, do diagnóstico e do vestir sobre a probabilidade de ter ou não TO, a regressão logística mostrou que a doença osteoarticular ( $b_{doençaostearticular} = -0,33$ ;  $X^2_{Wald} = 0,44$ ;  $p = 0,509$ ) e o vestir ( $b_{doençaostearticular} = -0,35$ ;  $X^2_{Wald} = 44,53$ ;  $p < 0,001$ ) não apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ser encaminhado para a TO. Pelo contrário, as variáveis Sexo, TCE e doença cerebrovascular apresentaram um efeito estatisticamente significativo sobre o *Logit* da probabilidade de ter TO de acordo com o modelo *Logit* ajustado ( $G^2 = 400,59$ ;  $p < 0,001$ ;  $R^2_{CS} = 0,50$ ;  $R^2_N = 0,67$ ). A tabela 6 resume os coeficientes de regressão logística e a sua significância no modelo.

**Tabela 6: Preditores de ser encaminhado para a TO em função do Sexo, Diagnóstico e Vestir.**

	Variável	B	S.E.	Wald	d.f.	p	Exp(B)	I.C. a 95% para EXP(B)
Step 1	Diagnóstico			197,821	3	<0,001		
	TCE	2,37	0,62	14,47	1	<0,001	10,69	]3,15;36,26[
	Doença cerebrovascular	3,82	0,38	103,02	1	<0,001	45,43	]21,74;94,91[
	Doença osteoarticular	-0,33	0,49	0,46	1	0,499	0,72	]0,28;1,87[
	Constant	-2,50	0,35	52,13	1	<0,001	0,82	
	Vestir	-0,34	0,05	43,08	1	<0,001	0,72	]0,65;0,79[
Step 2	Diagnóstico			167,68	3	<0,001		
	TCE	2,03	0,66	9,52	1	0,002	7,64	]2,10;27,81[
	Doença cerebrovascular	3,57	0,39	83,27	1	<0,001	35,36	]16,44;76,05[
	Doença osteoarticular	-0,53	0,50	1,12	1	0,290	0,59	]0,22;1,57[
	Constant	-1,66	0,37	20,61	1	<0,001	0,19	

	Sexo masculino	0,75	0,27	7,54	1	<b>0,006</b>	2,11	]1,24;3,59[
	Vestir	-0,35	0,05	44,53	1	<b>&lt;0,001</b>	0,70	]0,64;0,78[
	Diagnóstico			164,855	3	<b>&lt;0,001</b>		
<b>Step 3</b>	TCE	1,98	0,67	8,83	1	<b>0,003</b>	7,22	]1,96;26,61[
	Doença cerebrovascular	3,72	0,40	85,08	1	<b>&lt;0,001</b>	41,14	]18,68;90,62[
	Doença osteoarticular	-0,33	0,51	0,44	1	0,509	0,72	]0,27;1,93[
	Constant	-2,12	0,41	26,75	1	<b>&lt;0,001</b>	0,12	

No primeiro nível fez-se entrar a variável diagnóstico, acrescentando-se no segundo nível, a variável vestir e no terceiro nível a variável sexo. Através da análise da tabela 6, pode-se afirmar que ser do sexo masculino, apresentar diagnóstico de TCE ou de doenças cerebrovasculares são preditores de ser acompanhado pela valência de TO, enquanto que apresentar o diagnóstico de doença osteoarticular e/ou possuir uma pontuação mais alta no domínio do vestir são preditores de não terem TO.

#### 4. Discussão

O objetivo deste estudo era fazer uma descrição dos utentes admitidos na UMDR de Murça e perceber, dentro destes, quais é que são referenciados para a TO, tendo em conta as características sociodemográficas, o diagnóstico e a capacidade funcional nas AVD e AVDI.

Como se pode verificar pelos resultados obtidos, durante o tempo de duração do estudo, foram admitidos na UMDR de Murça 580 utentes e, destes, apenas 42,9% foram referenciados para a TO, ou seja, a maioria dos utentes internados não foram intervencionados pela TO. Também se verificou que os utentes têm uma maior probabilidade de serem selecionados para receberem cuidados de TO se tiverem o diagnóstico de AVC ou TCE e/ou serem do sexo masculino, e que, quando a pessoa não tem dependência elevada na tarefa de vestir, é, normalmente, excluída dos cuidados de TO.

O diagnóstico mais apresentado nos utentes referenciados para a TO foi o das doenças cerebrovasculares, contrariamente aos utentes sem referência, que apresentavam na maioria doenças osteoarticulares. Foi possível verificar que os utentes com doenças cerebrovasculares eram mais dependentes tanto nas AVD como nas AVDI quando comparados com os utentes com outras patologias. No entanto, foi possível verificar que apesar dos utentes com doenças cerebrovasculares se revelarem os mais dependentes nas AVD em todos os domínios da escala de *Barthel*, todos os outros participantes apresentaram dependência elevada nos domínios da escala. Estes dados vão de encontro ao objetivo principal da RNCCI, que se rege pela prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade se encontrem em situação de dependência, sendo por isso um dos critérios de admissão (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). No entanto é possível verificar que nesta amostra apesar de todos os utentes apresentarem dependência, nem todos foram referenciados para a TO pelo médico fisiatra.

O facto de os utentes com doenças cerebrovasculares apresentarem maior dependência, pode justificar uma maior necessidade de terem TO. Mas sendo a TO uma profissão que ajuda a pessoa a voltar a desempenhar de forma autónoma as ocupações mais significativas para si, talvez seria importante reestruturar os critérios de referência para a valência de forma a proporcionar a todos os utentes, e não só aos que apresentam esta patologia, a hipótese de voltar às suas ocupações com a intervenção da TO. O terapeuta ocupacional pode facilitar o desempenho ocupacional através de intervenções com objetivo reabilitativo ou compensatório. Sendo esta UCCI uma unidade de reabilitação, a intervenção com objetivos reabilitativos apresenta-se como a mais utilizada, uma vez que se acredita ser possível melhorar as competências de desempenho do utente internado. A TO pode também utilizar uma intervenção com o objetivo de compensar os défices, utilizada quando já não é esperada melhoria, focando-se nas capacidades remanescentes de forma a melhorar o desempenho através da adaptação ou compensação dos défices: nas áreas de desempenho, nos componentes de desempenho ou nos contextos (Pedretti & Early, 2005; Neistadt & Crepean, 2002).

Apesar de não ser possível encontrar estudos que relacionem a valência de TO com o internamento em UMDR, o Decreto Lei nº564/99, de 21 de Dezembro (Ministério da Saúde, 1999), refere que os

terapeutas ocupacionais apresentam funções para: "...prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida.". Também segundo os relatórios de monitorização da RNCCI, o motivo da referenciação para UMDR é na sua grande maioria apresentar dependência nas AVD, logo torna-se imprescindível a intervenção desta área neste tipo de população, o que não se verificou nos resultados deste estudo. Estes resultados podem ser explicados pela falta de informação da intervenção do terapeuta ocupacional nas UCCI e na forma de referenciação dos utentes o que leva ao acompanhamento limitado de utentes no que diz respeito à variedade de patologias (Almeida et al., 2017; Pinto et al., 2016). Existe apenas um estudo piloto que investigou a visão dos profissionais da RNCCI relativamente à intervenção da TO nas UCP onde o investigador concluiu que os profissionais das áreas integrantes das unidades de internamento da RNCCI consideram ser pertinente a intervenção da TO em UCP, de forma a manter/promover a funcionalidade do utente até ao fim da sua vida, a par da sua identidade ocupacional (Dias, 2018). Apesar desta ser uma tipologia da RNCCI com objetivos diferentes de uma UMDR, a TO como é uma profissão especializada na recapacitação da identidade ocupacional, através do envolvimento do utente em atividades significativas, e na promoção da autonomia e independência, apresenta uma intervenção que se adapta aos utentes internados em todos os tipos de tipologias. Neste estudo é ainda referido que o terapeuta ocupacional intervém com todos os utentes logo que apresentem condições clínicas para tal, não necessitando de prescrição médica, o que sugere que todos eles beneficiam com a intervenção. Na UMDR de Murça nem todos os utentes são acompanhados pela valência mas como todos apresentam limitação no desempenho ocupacional evidenciado pela diminuição da capacidade funcional nas AVD e AVDI, todos eles podiam beneficiar com a sua intervenção.

Os domínios da escala de *Barthel* onde foi verificada maior dependência tanto pelos utentes com TO como por toda a amostra foram os de tomar banho, mobilidade, subir e descer escadas e utilização do wc. Existem muitos estudos em que o banho é a AVD que revela maior grau de dependência. Esta perda de funcionalidade está relacionada não só com as alterações das competências dos utentes, mas também com a prevenção de acidentes, feita pelos profissionais de saúde, nos utentes institucionalizados, uma vez que limita a sua autonomia na realização da atividade (Lobo & Pereira, 2007; Ferreira, 2015). Sendo uma das intervenções da TO, o treino de AVD em contexto, também durante a atividade do tomar banho os terapeutas ocupacionais fornecem estratégias compensatórias e produtos de apoio para evitar o risco de queda, por isso tornando-se uma valência que poderia intervir com todos os utentes dependentes na atividade (Golding-Day et al., 2017; Shillam et al., 1983).

Os dados revelam menor dependência nos domínios da alimentação, controlo intestinal e urinário em toda a amostra. Dantas et al. (2013) refere que quando comparada com outras AVD, a alimentação apresenta um melhor desempenho, devido ao facto desta atividade não necessitar de deslocação, exigindo um desempenho motor e cognitivo menor do que o exigido nas restantes AVD. Também Oliveira

et al. (2006) refere que a alimentação é uma tarefa de carácter de subsistência, realizada quase automaticamente e como tal, preservada até à fase final do declínio funcional. No entanto, a TO é capaz de, por exemplo, fornecer estratégias compensatórias e/ou produtos de apoio que possam prolongar a autonomia na atividade (Juckett & Robinson, 2019).

Apesar do controlo intestinal e urinário serem domínios que apresentaram melhores resultados na independência nas AVD relativamente aos outros domínios, apresentaram-se com médias baixas. Dantas et al. (2013) refere que a dependência relativamente ao controlo urinário pode estar relacionado com as alterações anatómicas do envelhecimento e com a imobilidade que também pode interferir no mecanismo fisiológico, podendo ser um fator preditivo de incontinência. Segundo Oliveira et al. (2006), a dependência ao nível do controlo de esfíncteres pode estar também relacionada com a capacidade cognitiva, da mobilidade, da destreza manual e da motivação para ir ao wc (Mahoney et al., 2016; Lee et al., 2008). Por exemplo, para o utente apresentar controlo de esfíncteres e utilizar o wc de forma autónoma, não é apenas necessário que apresente integridade nas competências motoras como mobilidade e equilíbrio, a atividade exige que também sejam necessárias a presença de outras funções preservadas como por exemplo a noção de esquema corporal, a motivação, a compreensão e a sequenciação de tarefas, sendo por isso igualmente exigente do ponto de vista cognitivo e sensorial (Barbosa et al., 2014; Morgado, 2017; Mahoney et al., 2016). Todas estas funções são intervencionadas pelo terapeuta ocupacional. O terapeuta verifica se a atividade é significativa para o utente e se se encontra motivado uma vez que é essencial para o envolvimento ocupacional. O profissional é capaz de conhecer os hábitos e rotinas prévios do utente de forma a tornar a atividade mais significativa para o próprio. É também capaz de verificar o contexto e requisitos ambientais e se necessário ensinar estratégias para compensar as alterações de algumas funções como por exemplo, a dificuldade na sequenciação da atividade pode ser compensada com estratégias utilizando setas numeradas, ou a alteração na memória pode ser compensada com um alarme de aviso para a utilização do wc. O terapeuta pode ainda sugerir ao utente a utilização de tecnologias de apoio como por exemplo a utilização de barra de apoio de forma a que o utente se sinta mais seguro no desempenho da atividade, mais confortável, mais motivado e consequentemente mais autónomo (Mahoney et al., 2016; Guidetti & Tham, 2002).

Em suma, pode-se afirmar que a TO apenas interviu na maioria em utentes com o diagnóstico de doenças cerebrovasculares, no entanto todos os utentes da amostra apresentavam limitação na capacidade funcional. Como o domínio da prática da TO é dirigido à maioria das necessidades de saúde da população (Metzler et al., 2012), a intervenção da TO na RNCCI pode abranger todas as patologias uma vez que os seus objetivos na valência estão direcionados para as limitações e consequências funcionais da doença. A nível internacional, os modelos que incluem intervenção da TO apresentam resultados de uma superior qualidade de vida, satisfação e envolvimento dos utentes, bem como uma diminuição do risco de eventos adversos (Garvey et al., 2015; Gonzalez et al., 2015; Mackenzie & Clemson, 2014; Mackenzie et al., 2013; Richardson et al., 2010). A pesquisa internacional tem fornecido um corpo

crecente de evidências que demonstram o valor único da TO nos cuidados de saúde, incluindo maior envolvimento nas atividades e qualidade de vida (Halle et al, 2018).

## 5. Conclusão

O objetivo deste estudo foi atingido uma vez que foi possível descrever os utentes admitidos na UMDR de Murça e perceber, dentro destes, quais é que são referenciados para TO, tendo em conta as características sociodemográficas, o diagnóstico e a capacidade funcional nas AVD e nas AVDI.

Sendo assim, foi possível concluir que a maioria da amostra não foi referenciada para a valência da TO e que, dentro dos que o foram, são indivíduos maioritariamente do sexo masculino, indivíduos com o diagnóstico de doenças cerebrovasculares ou TCE e conseqüentemente mais dependentes tanto no desempenho nas AVD como das AVDI. Já os utentes que não são referenciados apresentam na maioria o diagnóstico de doenças osteoarticulares e são utentes ligeiramente menos dependentes na atividade de vestir. Apesar de nem todos serem referenciados para a valência, todos os utentes da amostra revelaram dependência nas AVD e AVDI.

A TO enquanto profissão encontra-se centrada na pessoa e garante a sua saúde e bem-estar através da participação em ocupações significativas. O envolvimento nestas atividades pode estar dificultado ou impedido quando surge uma ou múltiplas doenças, desordens ou limitações. Nestes casos, os terapeutas ocupacionais tentam compreender a condição de saúde (que provoca limitações, analisando igualmente os pontos fortes do indivíduo) e ajudam a pessoa a ultrapassar as dificuldades facilitando a recuperação e a eliminação de barreiras. Por isso, a profissão visa garantir a participação e a independência e aumenta a satisfação nos diferentes aspetos da vida o que torna a profissão insubstituível na RNCCI.

Notou-se uma enorme lacuna na literatura relativamente às práticas da TO nas UCCI, mais propriamente nas UMDR, sendo que não existem normas relativamente à intervenção do terapeuta ocupacional nem às populações em que deve intervir.

Uma das limitações do estudo foi o período da recolha dos dados, sendo que podiam ter sido recolhidas informações de um período mais alargado, de forma a obter uma amostra maior. Num estudo futuro, poderiam também ser utilizadas outras as escalas de avaliação da capacidade funcional que permitissem obter informações mais precisas.

Visto que não existem estudos sobre esta temática, este estudo poderá ser uma mais valia para que futuramente sejam definidas as linhas orientadoras para abrangência nas diferentes patologias e para a utilização de metodologias de intervenção nesta área por parte dos profissionais de TO. É por isso de realçar a importância do presente estudo como um impulsionador para a promoção do contributo da intervenção da TO, bem como para a sua divulgação visto este profissional apresentar um papel fulcral e determinante na reabilitação da funcionalidade e promoção da autonomia e independência dos utentes internados na RNCCI. Por isso sugerem-se a realização de estudos futuros onde apresentem a importância e intervenção da TO nas UCCI.

## 6. Referências Bibliográficas

- Almeida, A., Santos, F., Ferreira, L., & Ribeiro, J. (2017). From student to occupational therapist: a survey about training and employment initiation. *Research and Networks in Health*, 3, 1-14.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: ISPA.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2).
- Azeredo, Z. & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4)-
- Barbosa, B., Almeida, J., Barbosa, M., & Rossi-Barbosa, L. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciências e Saúde coletiva*, 19(8), 3317-3325.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Broeiro-Gonçalves, P. (2017). Morbidity in the dependent elderly cared by home-teams of the national network of continued integrated care in the lisbon and tagus valley: cross-sectional study. *Acta Médica Portuguesa*, 30(7-8), 546-554.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Dantas, M., Bello, F., Barreto, K., & Lima, L. (2013). Capacidade funcional de idosos com doenças crónicas residentes em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 914-920.
- Decreto Lei nº101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). Diário de República nº109 – I Série. Lisboa.
- Decreto Lei nº564/99 de 21 de dezembro do Ministério da Saúde (1999). Diário de República nº295 – I Série. Lisboa.
- Dias, A. (2018). *A terapia ocupacional em cuidados paliativos - a visão dos profissionais da rede nacional de cuidados continuados integrados*. (Mestrado), Instituto Politécnico do Porto, Porto.
- Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
- Ferreira, P. (2015). *Evolução funcional do doente numa unidade de cuidados continuados integrados de média duração e reabilitação*. (Mestrado), Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em idosos: percepção em função da rede social*. (Mestrado), Universidade Católica Portuguesa, Braga.

- Garvey, J., Connolly, D., Boland, F., & Smith, S. (2015). Optimal, an occupational therapy led self-management support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 16, 59.
- Gladyshev, T. V., Gladyshev, V. N. (2017). A disease or not a disease? Aging as a pathology. *Trends Mol Med*, 22(12):995-996.
- Golding-Day, M., Whitehead, P., Rdaford, K., Walker, M. (2017). Interventions to reduce dependency in bathing in community dwelling older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6:198.
- Gonzalez, J., Teso Rubio, M., Paniagua, C., Criado-Alvarez, J., & Holgado, J. (2015). Symptomatic pain and fibromyalgia treatment through multidisciplinary approach for primary care. *Reumatologia clinica*, 11:22-26.
- Guidetti, S., & Tham, K. (2002). Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: a qualitative study. *Occupational Therapy International*, 9(4): 257-276.
- Halle, A., Mroz, T., Fogelberg, D., & Leland, N. (2018). Occupational therapy and primary care: updates and trends. *The American Journal of Occupational Therapy*, 72(3).
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows*. Armonk, NY: IBM Corp.
- INE. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque: informação à comunicação social*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística.
- Jette, D. U., Warren, R. L., & Wirtalla, C. (2005). The relation between therapy intensity and outcomes of rehabilitation in skilled nursing facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 373-379.
- Juckett, L., & Robinson, M. (2019). The occupational therapy approach to addressing food insecurity among older adults with chronic disease. *Geriatrics*, 4(22).
- Kielhofner, G., & Burke, J. (1980). A Model of Human Occupation, part 1: conceptual framework and content. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581.
- Kielhofner, G., Burke, J., & Igi, C. (1980). A Model of Human Occupation, part 4: assessment and intervention. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(12), 777-788.
- Lee, S. W., Taylor, R., Kielhofner, G., Fisher, G. (2008). Theory use in practice: a national survey of therapists who use the model of human occupation. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(1): 106-117.
- Letts, L., Edwards, M., Berenyl, J., Moros, K., O'Neill, C., O'Toole, C., & McGrath, C. (2011). Using occupations to improve quality of life, health and wellness, and cliente and caregiver satisfaction for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 497-504.
- Lichtenberg, P., MacNeill S., & Mast, B., (2000). Environmental press and adaptation to disability in hospitalised live-alone older adults. *The Gerontologist*, 40 (5), 549-556.
- Lobo, A., & Pereira, A. (2007). Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. *Revista referência*, 2(4), 61-68.

- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I. & Morais, C. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011–2016: Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro. Évora, Portugal.
- Mackenzie, L., & Clemson, L. (2014). Can Chronic disease management plans including occupational therapy and physiotherapy services contribute to reducing falls risk in older people? *Australian Family Physician*, 43: 211–215.
- Mackenzie, L., Clemson, L., & Roberts, C. (2013). Occupational therapists partnering with general practitioners to prevent falls: seizing opportunities in primary health care. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60: 66–70.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Mahoney, W. J., Roberts, E., Bryze, K., & Kent, J. (2016). Occupational engagement and adults with intellectual disabilities. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(1).
- Marôco J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5 ed. Sintra: ReportNumber.
- Marques A., & Trigueiro M.J. (2011) *Enquadramento da Prática de Terapia Ocupacional: Domínio e Processo: versão portuguesa*. (2ª ed.). Porto: Livpsic.
- Metzler, C., Hartmann, K., & Lowenthal, L. (2012). Defining primary care: envisioning the roles of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(3): 266–270.
- Monteiro, M., Santos, O., & Costa, M. (2013). Continuous care units: a response to aging and dependency in Portugal. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*, 2(10), 163–178.
- Morgado, J. (2017). *Incapacidade funcional dos doentes com diagnóstico de AVC*. (Mestrado), Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Neistadt, M., & Crepean, E. B. (2002). *Willard & Spackman's – Terapia Ocupacional*. (9ªed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira, J.M. (2009). Cuidados Continuados – Desafios. *Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados*.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. (Doutoramento), Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Oliveira, D., Goretti, L., & Pereira, L. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91–96.
- Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT) (2015). Occupational Therapy in Ontario Long-Term Care Homes: strategies to achieve capacity to meet resident needs. Toronto, Ontário.
- Pedretti, L.; Early, M. (2005). *Terapia Ocupacional – Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas* (5ªed.). São Paulo: Editora Roca.
- Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, C., Parada, F., Antunes, F., Sampaio, F., Silva, H., Caldas, J., . . . Mirco, T. (2016). Rede nacional de

- especialidade hospitalar e de referência: medicina física e de reabilitação. In. Lisboa: República Portuguesa da Saúde.
- Ribeiro, P. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: construção de uma teoria explicativa*. (Doutoramento), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Richardson, J., Letts, L., Chan, D., Stratford, P., Hand, C., Price, D., ... Law, M. (2010). Rehabilitation in a primary care setting for persons with Chronic illness – a randomized controlled trial. *Primary Health Care Research and Development*, 11: 382–395.
- Rodrigues, A., Gregório, M., Sousa, R., Dias, S., Santos, M., Mendes, J. & Canhão, H. (2018). Challenges of ageing in Portugal: data from the EpiDoC Cohort. *Acta Médica Portuguesa*, 31(2), 80–93.
- Rogers, J. C. (1983). Role and Functions of Occupational Therapy in Long-Term Care: Occupational Therapy and Activity Programs. *The American Journal of Occupational Therapy*, 37(12), 807–810.
- Sarmiento, W., Sobreira, F., & Oliveira, A. (2014). Assessment of balance and mobility of elderly after a posture school program. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18(1), 27–32.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Shillam, L., Beeman, C., Loshin, P. (1983). Effect of occupational therapy intervention on bathing Independence of disabled persons. *The American Journal of Occupational Therapy*, 37(11):744–48.
- Sousa, S., Moraes, M., Beato, V., Corredoura, A., Rodrigues, G., Soares, M. & Abecasis, P. (2002). Factores predictivos de morbilidade e mortalidade hospitalar e aos seis meses em doentes idosos hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 15, 177–184.
- Tavares, K., Scalco, J., Vieira, L., Silva, J., & Bastos, C. (2012). Getting old, falling ill and becoming dependent: the view of the elderly. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 105–118.

## 7. Anexo

### Prova de submissão do artigo na revista "Occupational Therapy International"

26/12/2020

Correio – Ana Filipa Duarte Mesquita – Outlook

#### Manuscript submitted to Occupational Therapy International

Occupational Therapy International <rhea.lumbres@hindawi.com>

sáb, 26/12/2020 08:34

Para: Ana Filipa Duarte Mesquita <10100119@ess.ipp.pt>

Dear Dr. Mesquita,

Congratulations, the manuscript titled "Occupational Therapy in Continued Care" has been successfully submitted to Occupational Therapy International.

We will confirm this submission with all authors of the manuscript, but you will be the primary recipient of communications from the journal. As submitting author, you will be responsible for responding to editorial queries and making updates to the manuscript.

In order to view the status of the manuscript, please visit the manuscript details page.

Thank you for submitting your work to Occupational Therapy International.

[MANUSCRIPT DETAILS](#)

Kind regards,  
Rhea Lumbres  
Occupational Therapy International

This email was sent to 10100119@ess.ipp.pt. You have received this email in regards to the account creation, submission, or peer review process of a submitted paper, published by Hindawi Limited.

Hindawi Limited, 3rd Floor, Adam House, 1 Fitzroy Square, London, W1T 5HF, United Kingdom

Hindawi respects your right to privacy. Please see our [privacy policy](#) for information on how we store, process, and safeguard your data.