



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

ANA CATARINA FERREIRA LEITE VALADARES

USF CRUZ DE CELAS – QUAIS AS NECESSIDADES EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS?

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
DR. HUMBERTO VITORINO**

MARÇO/2011

**USF CRUZ DE CELAS - QUAIS AS NECESSIDADES EM CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS?**

Autora: Ana Catarina Ferreira Leite Valadares

Afiliação: José Fernandes Valadares; Maria Eugénia Monteiro Ferreira Leite Valadares

Endereço: Avenida Calouste Gulbenkian, 69 – 5º Dto - 3000-092 Coimbra

Endereço electrónico: anavaladares@Kanguru.pt

Índice

Lista de Abreviaturas	4
Resumo	5
Abstract	7
1. Introdução	9
2. Materiais e Métodos	12
2.1 Descrição do estudo	12
2.2 Tipo de amostra	12
2.3 Instrumentos métricos	12
2.4 Análise de dados.....	17
3. Resultados	18
Caracterização da população estudada	18
Recursos existentes na USF	34
4. Discussão	36
5. Conclusões	42
Agradecimentos	47
Referências Bibliográficas	58
Anexos	49

Lista de Abreviaturas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CS	Centro de Saúde
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP	Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos
HTA	Hipertensão Arterial
ICPC- 2	Classificação Internacional de Cuidados Primários (International Classification of Primary Care, version 2)
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEG	Gastrostomia Endoscópica Percutânea
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNG	Sonda Naso-gástrica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TSS	Técnicos de Serviço Social
UMCCI	Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados
USF	Unidade de Saúde Familiar

Resumo

Introdução: A maior prevalência de doentes dependentes, fruto do envelhecimento da população e da maior prevalência de doenças crónicas, cria uma lacuna no Serviço Nacional de Saúde, que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados vem preencher. Para aqueles que cuidam dos seus familiares em casa, o apoio fornecido pelas equipas domiciliárias é fundamental.

Objectivos: Avaliar a necessidade de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados para responder às necessidades dos utentes dependentes da USF Cruz de Celas.

Metodologia: Estudo realizado através da consulta dos processos dos utentes inscritos na visita domiciliária de vigilância da Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas com preenchimento de 5 tabelas elaboradas para o efeito e da aplicação a uma amostra não randomizada de profissionais de saúde de um questionário na mesma instituição.

Resultados: A população estudada tem 63 utentes, maioritariamente do sexo feminino, acima dos 79 anos. Segundo a Escala de Katz é mais frequente a dependência parcial moderada a ligeira e a dependência parcial grave. Segundo a Escala de Lawton é mais frequente a dependência parcial grave e a dependência parcial moderada a ligeira. As patologias mais prevalentes foram as perturbações depressivas, hipertensão arterial sem complicações, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus não insulino dependente, fibrilhação/flutter auricular, osteoartrose do joelho e outras osteoartroses, demência, úlcera crónica da pele e parkinsonismo. As maiores necessidades estão no domínio da continuidade de cuidados no domicílio e na necessidade de ensino/treino doente/cuidadores, no entanto estas são satisfeitas, tal como as de vigilância e tratamentos complexos. É na área da reabilitação, controlo de sintomas e cuidados paliativos que se verificam as situações de necessidades não satisfeitas. A maioria destes utentes vive com a família natural e recebem apoio

principalmente dos familiares, empregada doméstica, para além dos técnicos de saúde da visita domiciliária. Recebem apoio sobretudo na higiene da roupa, da casa, alimentação, medicamentos e higiene pessoal. Na parte dos recursos existentes verifica-se que em situações de urgência os profissionais excedem a carteira de serviços da instituição.

Conclusões: Dado que a actividade dos profissionais de saúde já excede a carteira de serviços, embora em situações excepcionais e ainda se verifica a existência de utentes com necessidades não satisfeitas, seria vantajoso a colaboração de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados no Centro de Saúde.

Palavras – chave: dependência; visita domiciliária de vigilância; Unidade de Saúde Familiar; necessidades não satisfeitas; recursos existentes; Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Abstract

Background: Ageing populations and greater prevalence of chronic diseases leads to a major prevalence of dependent patients, which creates an empty space in the “Serviço Nacional de Saúde” fulfilled by “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”. For those who care their relatives at home, the support given by home teams is essential.

Objective: To evaluate the need of “Equipas de Cuidados Continuados Integrados” to answer the needs of the dependent patients of “Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas”.

Methods: Study done by consulting the database of patients in watchful home visit of “Unidade de Saúde Familiar Cruz de Celas”, with 5 tables specially designed for this study and by questionnaire application to a not randomized sample of professional care-givers of the same institution.

Results: The studied population has got 63 patients, mostly feminine, aged above 79 years old. By Katz Index is more frequent partial moderate to light dependence and partial severe dependence. By Lawton Index is more frequent the partial severe dependence and the partial moderate to light dependence. The most prevalent diseases were clinical depression, arterial hypertension without complications, heart failure, not insulin dependent diabetes mellitus, atrial fibrillation/flutter, knee osteoarthritis, other osteoarthritis, dementia, skin chronic ulcer and Parkinson disease. The major needs are at continued care at home and the needs of teaching/ coaching patient/caregivers, which are satisfied, as well as the needs at complex treatments and vigilance. It is at rehabilitation, control symptoms and palliative care that appear situations where the needs are not satisfied. The most of the patients live with their own family and receive their support, as well as housekeeper and professional caregivers` support. They receive support in cleaning the clothes, the house, cooking, medicine and

personal care. In emergency situations the professional caregivers exceed the institution standard services.

Conclusions: The activity of health professionals already exceed the standard services, but there are unsatisfied needs, so it would be advantageous the collaboration of a “Equipa de Cuidados Continuados Integrados” in the Health Center.

Key – Words: dependence; watchful home visit; “Unidade de Saúde Familiar”; unsatisfied needs; existent resources; “Equipas de Cuidados Continuados Integrados”.

1. Introdução

O envelhecimento da população e a maior prevalência de doenças crónicas incapacitantes levam à existência de um número cada vez maior de doentes dependentes, pessoas fragilizadas que necessitam de cuidados de saúde e /ou de apoio social.

“Segundo a OMS 2008 (“Relatório Mundial de Saúde – Cuidados de Saúde Primários, Agora mais que nunca”) 25% das pessoas entre 65-69 anos e 50% entre 80-84 anos apresentam 2 ou mais doenças em simultâneo.”

“Em 2007, 18 de cada 100 habitantes tem 65 ou mais anos e constata-se a tendência já observada em 2001 de maiores percentagens de população idosa nos distritos do interior do país”, segundo um relatório da UMCCI sobre RNCCI. No distrito de Coimbra 21% da população é idosa, segundo o INE.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, vem preencher uma lacuna do Serviço Nacional de Saúde (SNS) mais vocacionado para o tratamento da doença aguda e/ou prevenção. Tem como missão “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontram em situação de dependência”, o que é explicitado no Guia da RNCCI.

A RNCCI propõe a existência de 4 tipologias de internamento, unidade de dia e promoção da autonomia, equipas de gestão de altas, equipas de cuidados continuados integrados domiciliárias, equipas de suporte de cuidados paliativos (intra-hospitalar e comunitária).

Segundo a UMCCI e de acordo com o “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI no primeiro semestre de 2009”, a maioria dos utentes referenciados na RNCCI tem mais de 60 anos (85%). No grupo de utentes referenciados com 60 ou menos anos predominam os homens (64%), ocorrendo o inverso a

partir dos 61 anos. Com a família natural vivem 81% dos utentes, 10% vivem sós e 4% numa instituição.

Os familiares constituem o principal suporte dos utentes (83% casos), seguida da ajuda domiciliária de carácter social (17%), 69% recebem apoio na alimentação, 63% na higiene da roupa, 64% na higiene pessoal, 62% na higiene da casa e 52% nos medicamentos. Em 41% o diagnóstico principal é a patologia cárdio-vascular, em particular a doença vascular cerebral (AVC). Em 16% dos casos é a fractura do colo do fémur a patologia subjacente à situação de dependência e em 8% dos casos a Diabetes Mellitus.

A prevalência de úlceras de pressão foi de 6%. Correlaciona-se com incontinência urinária, estado cognitivo insatisfatório ou mau e dependência ou incapacidade de locomoção. A prevalência de quedas foi de 39,12%, com igual correlação, acrescentando-se o uso de cadeira de rodas e barras na cama.

Os **objectivos** deste estudo são:

1. Caracterizar os utentes da USF Cruz de Celas inscritos na visita domiciliária de vigilância, avaliar o seu grau de dependência, avaliar o grau de dor e identificar e tipificar as patologias encontradas neste grupo;
2. Avaliar as patologias associadas e situações de fragilidade encontradas e caracterizar as necessidades dos utentes dependentes;
3. Avaliar a necessidade de apoio social por parte da população alvo e o tipo de ajuda requerida;
4. Avaliar as respostas disponíveis para a satisfação das necessidades identificadas e as dificuldades sentidas pelas equipas de saúde da USF Cruz de Celas na prestação de cuidados a utentes dependentes, uma vez que não se encontra ainda constituída no CS de Celas uma ECCI;
5. Contribuir para a definição de necessidades a que as ECCI terão de responder.

As hipóteses testadas foram:

- a) Não é necessária uma ECCI para responder às necessidades dos utentes dependentes da USF Cruz de Celas;
- b) É necessária uma ECCI para responder às necessidades dos utentes dependentes da USF Cruz de Celas.

2. Materiais e Métodos

2.1. Descrição do estudo

Este estudo foi realizado na USF Cruz de Celas, no período de 18 de Maio a 9 de Julho de 2010, através da consulta dos processos clínicos do **universo** dos utentes dependentes inscritos para visita domiciliária de vigilância (63 utentes) com o apoio de todos os profissionais de saúde da instituição.

Para recolha dos dados foram utilizadas 5 Tabelas.

Foi pedido aos profissionais de saúde da USF Cruz de Celas (8 médicos e 8 enfermeiros) que preenchessem um Questionário de recursos. Este questionário pretende identificar a perspectiva dos profissionais da disponibilidade dos recursos na USF para responder às necessidades específicas em cuidados de saúde destes utentes.

2.2. Tipo de amostra

Este estudo incluiu o universo dos utentes dependentes inscritos para visita domiciliária de vigilância da USF Cruz de Celas.

A uma amostra não randomizada dos profissionais de saúde desta instituição foi pedido que respondesse ao questionário de recursos. Responderam ao questionário 13 (7 médicos e 6 enfermeiras) dos 16 profissionais da USF (81,25%).

2.3. Instrumentos métricos

Neste estudo foram utilizadas **cinco** tabelas, numeradas de 1 a 5 e um questionário.

Na **Tabela I** registou-se a idade, sexo, grau de dependência (segundo a Escala de **Katz** e a de **Lawton**) e o grau de dor.

Para a avaliação do grau de dependência dos utentes estudados utilizámos as Escalas de Katz e Lawton por serem amplamente utilizadas neste contexto e estarem validadas para a população portuguesa.

A Escala de **Katz** avalia em particular o grau de dependência física e permite planear os cuidados de acordo com o resultado. De facto, as alterações normais do envelhecimento e os problemas de saúde frequentemente revelam-se como declínio do desempenho funcional dos idosos. Permite uma linguagem única entre os profissionais de saúde, mas apenas avalia actividades básicas de vida diária e não é sensível a pequenos incrementos vistos na reabilitação.

Esta escala engloba **6** itens: 1- tomar banho; 2- vestir-se; 3- ir ao WC; 4- locomoção; 5- continência; 6- alimentação. A pontuação atribuída a cada um dos itens varia entre **0** (totalmente incapaz; dependente), **1** (necessita de ajuda; autónimo), **2** (sem qualquer ajuda; independente).

Classificámos os Graus de dependência segundo esta escala em quatro níveis: A - dependência máxima (0); B - dependência parcial grave (1 a 6); C - dependência parcial moderada a ligeira (7 a 11); D - Independência total (12). Esta classificação constitui uma proposta pessoal para utilização no trabalho, devido a dificuldades de encontrar na bibliografia padronização de graus de gravidade.

O nível A – dependência máxima significa que o utente é totalmente incapaz de desempenhar as tarefas; o nível B – dependência parcial grave, inclui os utentes que necessitam de ajuda de uma a 6 actividades de vida diária, sendo totalmente dependentes nas restantes; o nível C – dependência parcial moderada a ligeira, inclui os utentes que necessitam de ajuda de uma a cinco tarefas, sendo independentes nas restantes; o nível D – independência total, inclui os utentes que são independentes em todas as tarefas.

A Escala de **Lawton** avalia competências para viver independente, que são mais complexas que as actividades de vida diária; avalia a função presente, as melhorias e a deterioração ao longo do tempo do utente; deve ser aplicada a idosos que vivem na comunidade (como os analisados neste estudo) e os que estão hospitalizados, mas não em utentes institucionalizados. Permite planificar a reabilitação e o tipo de cuidados domiciliários requeridos por estes utentes. Permite identificar mais facilmente alterações nas capacidades dos utentes, uma vez que as alterações normais do envelhecimento, doença aguda, agravamento de doença crónica e hospitalização podem contribuir para o declínio da capacidade de um idoso executar as tarefas necessárias para viver independente na comunidade. Se se identificam novas incapacidades, deve-se repetir para prevenir o declínio progressivo e promover condições de vida seguras. Se tal acontece numa hospitalização aguda deve haver comunicação com os médicos assistentes e os assistentes sociais para planificação de cuidados. É fácil de executar (demora 10-15 minutos), a informação é dada pelo próprio utente, mas pode ocorrer uma sobre-avaliação ou sub-avaliação do desempenho (o utente não é visto a executar a tarefa) e pode não ter sensibilidade para pequenas melhorias na função. Esta escala engloba 7 itens: 1- usa o telefone; 2- faz compras; 3- prepara refeições; 4- arruma a casa; 5- utiliza transportes; 6- responsável pela sua própria medicação; 7- faz contas/cheques. A pontuação atribuída a cada um dos itens varia entre **0** (totalmente incapaz; dependente), **1** (necessita de ajuda; autónimo), **2** (sem qualquer ajuda; independente). Classificámos os Graus de dependência segundo esta escala em quatro níveis: A - dependência máxima (0); B - dependência parcial grave (1 a 6); C - dependência parcial moderada a ligeira (7 a 13); D - Independência total (14). Esta classificação corresponde a uma proposta pessoal para utilização no trabalho, devido a dificuldades de encontrar na bibliografia padronização de graus de gravidade.

O nível A – dependência máxima, inclui os utentes que são incapazes de realizar qualquer uma das tarefas; o nível B – dependência parcial grave, inclui os utentes que são totalmente incapazes de realizar de uma a seis tarefas e necessitam de ajuda nas restantes; o nível C – dependência parcial moderada a ligeira, inclui os utentes que necessitam de ajuda em todas as tarefas, até àqueles que apenas necessitam de ajuda numa tarefa, sendo independentes nas restantes seis e o nível D – independência total, que inclui os utentes que são independentes em todas as tarefas.

A escala utilizada para medir a dor foi a escala de faces, de acordo com o plano de luta contra a dor da DGS. O grau de dor varia entre **0** (sem dor) e **5** (dor máxima).

Na **Tabela II** registaram-se os diagnósticos principais dos utentes, as patologias associadas e as situações de fragilidade de cada utente.

Os diagnósticos principais foram recolhidos segundo o ICPC-2.

As patologias associadas e situações de fragilidade escolhidas para constar da tabela são as situações de fragilidade que constam no Programa Nacional das Pessoas Idosas 2004/2010. São 19 itens: 1- 65 ou mais anos; 2- AVC; 3- doença crónica invalidante; 4- confusão; 5- humor depressivo, 6- demência; 7- perturbação da mobilidade; 8- dependência em actividades de vida diária; 9- queda nos últimos três meses; 10- acamamento prolongado; 11-escaras; 12- desnutrição; 13- perda de peso ou de apetite; 14- polimedicação (considerada acima de 7 medicamentos); 15- deficit sensorial de visão e/ou audição; 16- problemas socioeconómicos e/ou familiares; 17- utilização de contenções (entendidas como todos os dispositivos médicos que auxiliam o utente); 18- incontinência e 19- hospitalização não programada nos últimos 3 meses.

Na **Tabela III** registaram-se as **necessidades dos utentes dependentes** nas categorias continuidade de cuidados no domicílio, vigilância e tratamentos complexos e necessidades de

ensino/treino doente/cuidadores, assim como necessidades de cuidados paliativos e controle de sintomas.

Na categoria continuidade de cuidados no domicílio estão incluídos 4 pontos: 1- tratamento de feridas/ úlceras de pressão; 2- reabilitação; 3- manutenção de dispositivos como SNG, PEG, nefrostomias / urostomias, colostomias, outros e 4- gestão do regime terapêutico.

Na categoria de vigilância e tratamentos complexos estão incluídos 11 pontos: 1- úlceras de pressão múltiplas; 2- pós-cirúrgicos; 3- pós-traumáticos; 4-SNG; 5-PEG; 6- ventilação assistida; 7- oxigenoterapia; 8- inaloterapia; 9- aspiração de secreções; 10- fluidoterapia e 11- alimentação entérica.

Na categoria de necessidade de ensino/treino doente/cuidadores estão incluídos 6 pontos: 1- execução de técnicas; 2- regime terapêutico; 3- auto-cuidados; 4- hábitos de risco; 5- manutenção de dispositivos e 6- utilização de equipamento.

Na **Tabela IV** registou-se a **avaliação social dos utentes** nas categorias com quem vive, de quem recebe apoio e tipo de apoio recebido.

Na categoria com quem vive estão incluídos 6 pontos: 1- família natural; 2 - família de acolhimento; 3 - só, 4 - sem abrigo; 5 - em instituição e 6 - outros.

Na categoria de quem recebe apoio existem 8 pontos: 1- centro de dia; 2- vizinhos; 3- familiares; 4- técnicos de saúde; 5 - empregada doméstica; 6 - ajuda domiciliária; 7- técnicos de serviço social e 8 - outros.

Na categoria tipo de apoio recebido existem 8 pontos: 1- medicamentos; 2- higiene da casa; 3- higiene pessoal; 4- ajudas técnicas; 5- higiene da roupa; 6- alimentação; 7- monetário e 8 - outros.

Na **Tabela V** registaram-se as necessidades de reabilitação nas variáveis de medicina física, cinesiterapia, massagem, terapia ocupacional, exercício físico adaptado, reabilitação

específica e prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado.

O **Questionário de recursos** pretende identificar a perspectiva dos profissionais da disponibilidade dos recursos na USF para responder às necessidades específicas em cuidados de saúde destes utentes.

Engloba os seguintes parâmetros: consulta médica programada; cuidados de enfermagem programados; visita domiciliária não programada; orientação telefónica em intercorrências; prestação de cuidados superior a uma vez por dia; prestação de cuidados superior a 1h30min, para além de três dias por semana; prestação de cuidados para além do horário de funcionamento da USF; prestação de cuidados a doente não abrangido pela USF ou outra unidade do CS; fisioterapia; psicologia; terapia ocupacional; assistência social; cuidados paliativos; educação para a saúde; suporte formativo ao familiar/cuidador; registo clínico individual dos utentes; protocolos de fornecimento de fármacos abrangidos por legislação especial; protocolos clínicos para resolução dos sintomas mais frequentes; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais. Este questionário admite como respostas possíveis a existência ou não do recurso em questão, dando a possibilidade de nomear pontos a melhorar dentro dessas mesmas questões.

2.4 Análise de dados

A análise dos dados deste estudo foi feita em Microsoft Office Excel 2003.

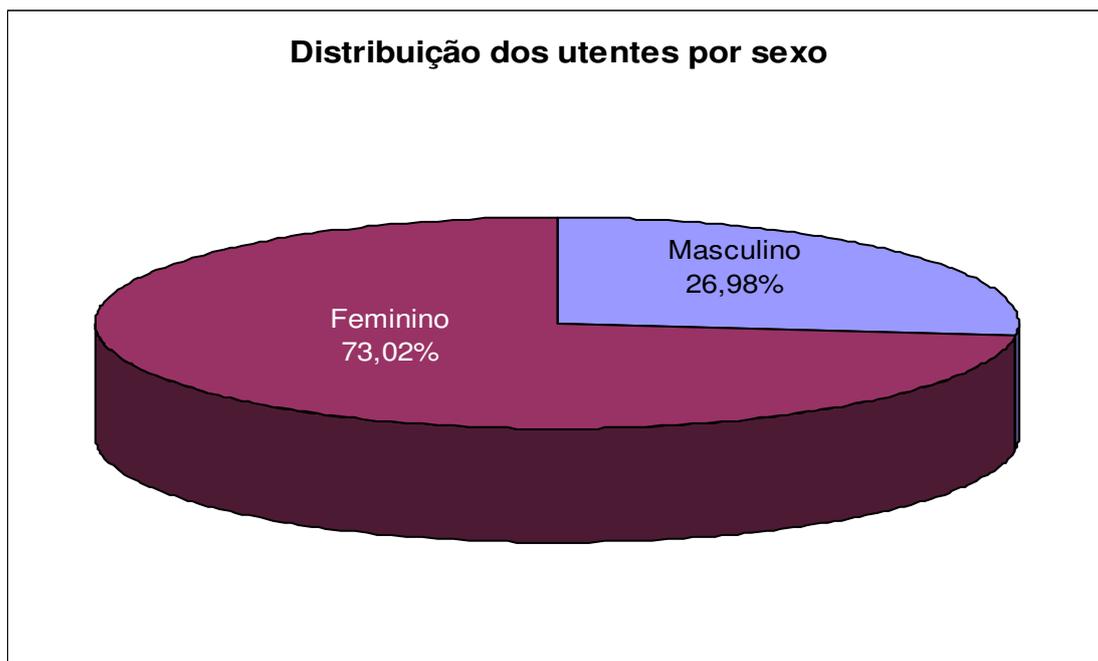
3. Resultados

Caracterização da população estudada

Distribuição por sexo:

A população estudada, corresponde ao universo dos utentes objecto de cuidados domiciliários de vigilância e inclui **63** utentes, dos quais **46** do sexo feminino (73,02%) e **17** do sexo masculino (26,98%).

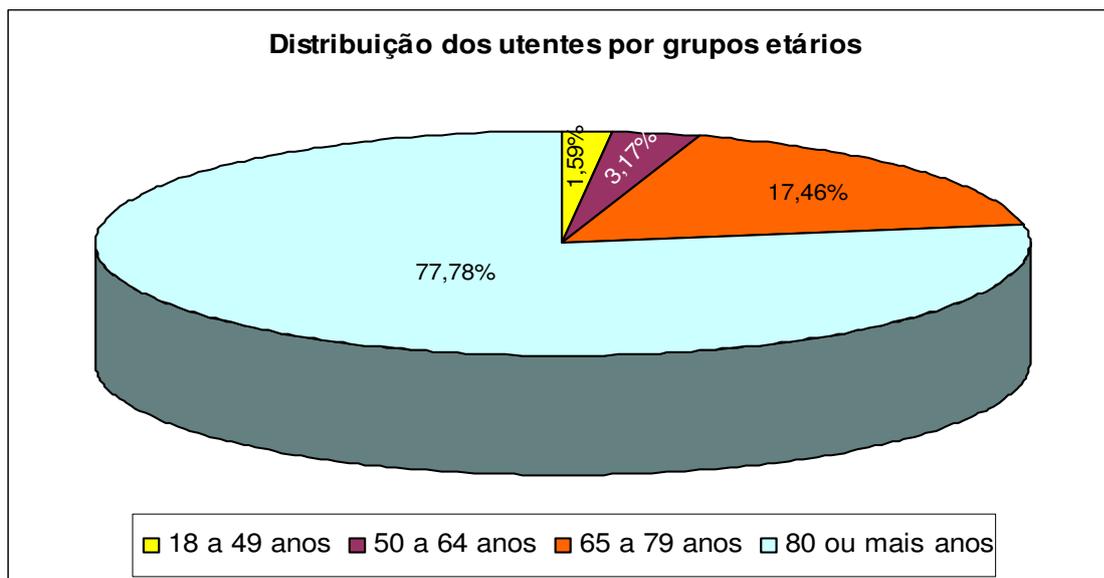
Figura 1 – Distribuição dos utentes por sexo



Distribuição por grupos etários:

No grupo etário dos 18 aos 49 anos apenas existe um utente (1,59%). No grupo etário dos 50 aos 64 anos existem 2 utentes (3,17%). No grupo etário dos 65 aos 79 anos existem 11 utentes (17,46%). No grupo etário dos 80 ou mais anos existem 49 utentes (77,78%).

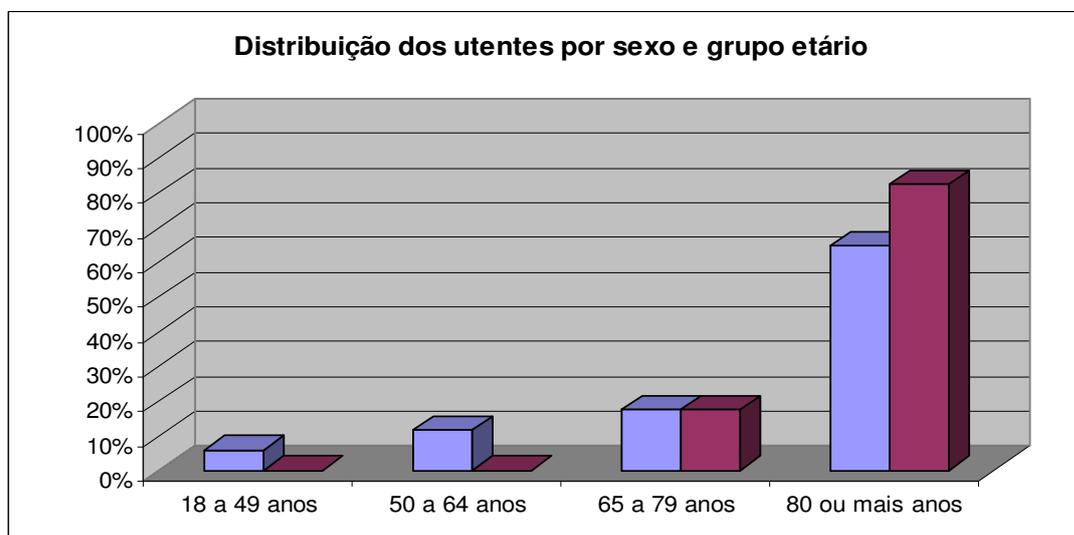
Figura 2 – Distribuição dos utentes por grupos etários



Distribuição dos utentes por grupos etários e sexo:

Relativamente a este ponto, podemos afirmar que das **46** mulheres deste grupo, **8** (17,39%) encontram-se no grupo etário dos 65 a 79 anos e **38** (82,61%) encontram-se no grupo etário dos 80 ou mais anos e que dos **17** homens deste grupo, **1** (5,88%) encontra-se no grupo etário dos 18 aos 49 anos, **2** (11,76%) encontram-se no grupo etário dos 50 aos 64 anos, **3** (17,65%) encontram-se no grupo etário dos 65 aos 79 anos e **11** (64,71%) encontram-se no grupo etário dos 80 ou mais anos.

Figura 3 – Distribuição dos utentes por grupos etários e sexo

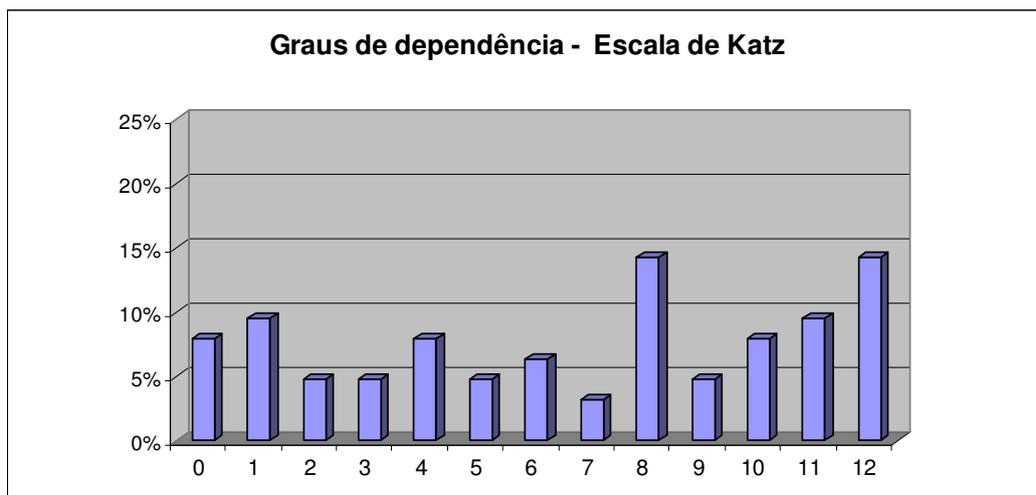


Graus de dependência dos utentes:

A. Escala de KATZ

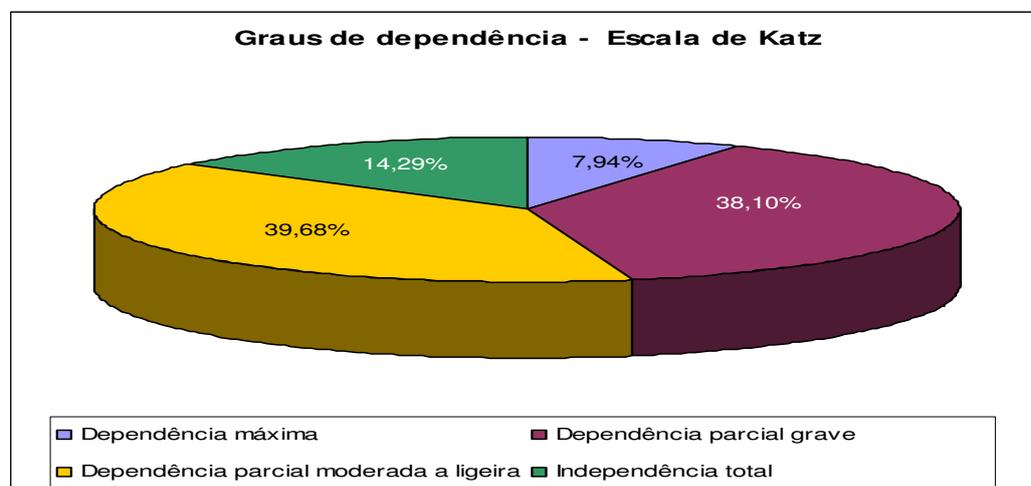
Os níveis de dependência desta população, segundo a Escala de Katz, estão representados na Figura 4, desde o grau zero (totalmente dependente) ao grau 12 (completamente independente).

Figura 4 – Graus de dependência dos utentes segundo a Escala de Katz



De acordo com a classificação dos graus de dependência definida para o estudo e segundo esta escala, encontramos **5** utentes com dependência máxima (7,94%); **24** utentes com dependência parcial grave (38,10%); **25** utentes com dependência parcial moderada a ligeira (39,68%) e **9** utentes com independência total (14,29%).

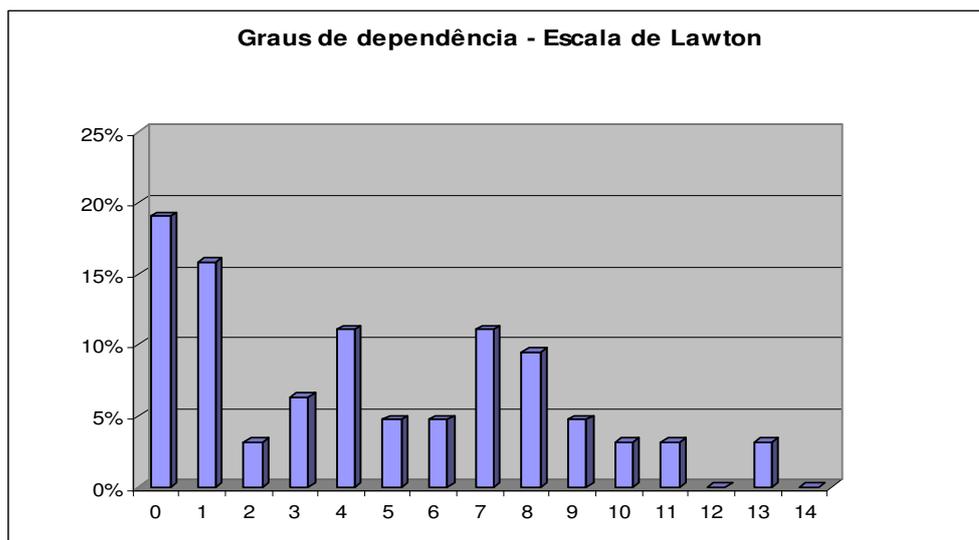
Figura 5 – Graus de dependência dos utentes segundo a Escala de Katz



B. Escala de LAWTON

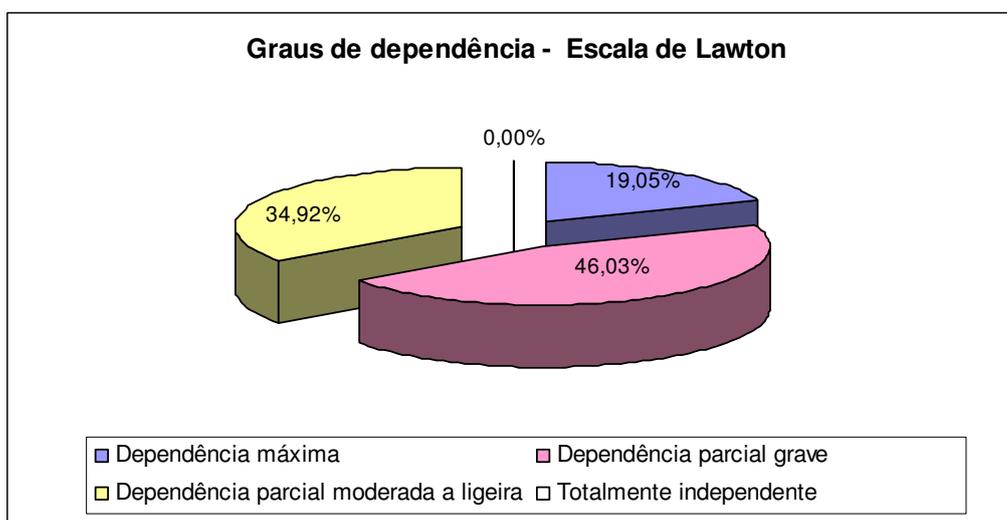
Os níveis de dependência desta população, segundo a Escala de Lawton, estão representados na figura 6, desde o grau zero (totalmente dependente) ao grau 14 (completamente independente).

Figura 6 – Graus de dependência dos utentes segundo a Escala de Lawton



De acordo com a classificação dos graus de dependência definida para o estudo e segundo esta escala, existem **12** utentes com dependência máxima (19,05%); **29** utentes com dependência parcial grave (46,03%); **22** utentes dependência parcial moderada a ligeira (34,92%) e nenhum utente é totalmente independente.

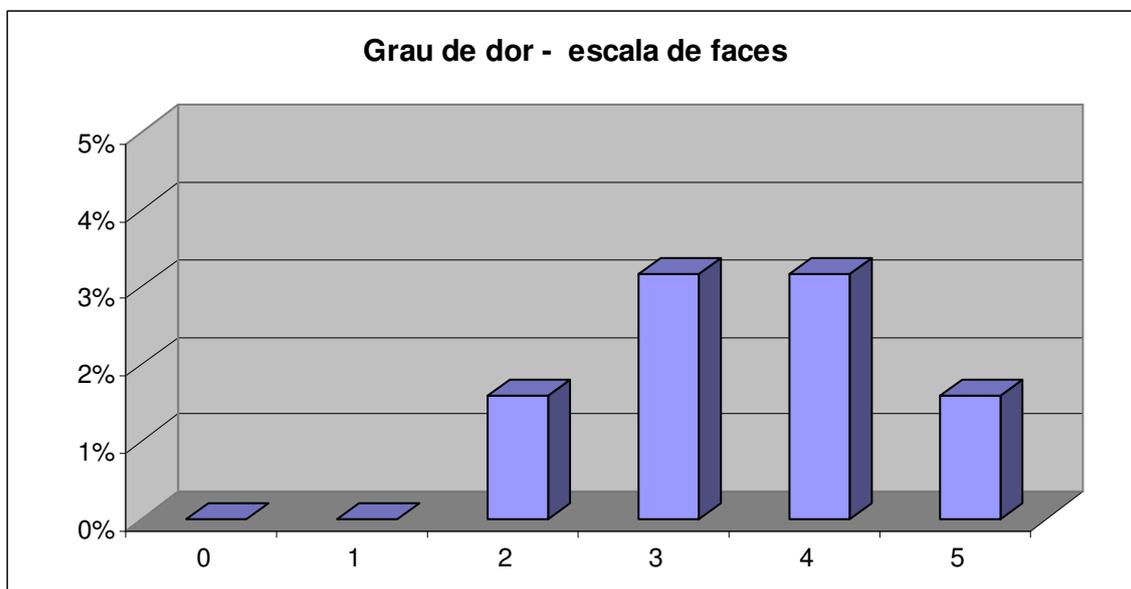
Figura 7- Graus de dependência dos utentes segundo a Escala de Lawton



Grau de dor:

Na grande maioria dos processos consultados a informação do grau de dor não estava presente, daí a impossibilidade de avaliação. Apenas **6** utentes tinham essa informação no processo. Desses, nenhum utente tem grau 0 ou 1 de dor; **1** utente tem grau 2 de dor (1,59%); **2** utentes têm grau 3 de dor (3,17%); **2** utentes têm grau 4 de dor (3,17%) e **1** utente tem grau 5 de dor (1,59%).

Figura 8 – Grau de dor dos utentes segundo a escala de faces



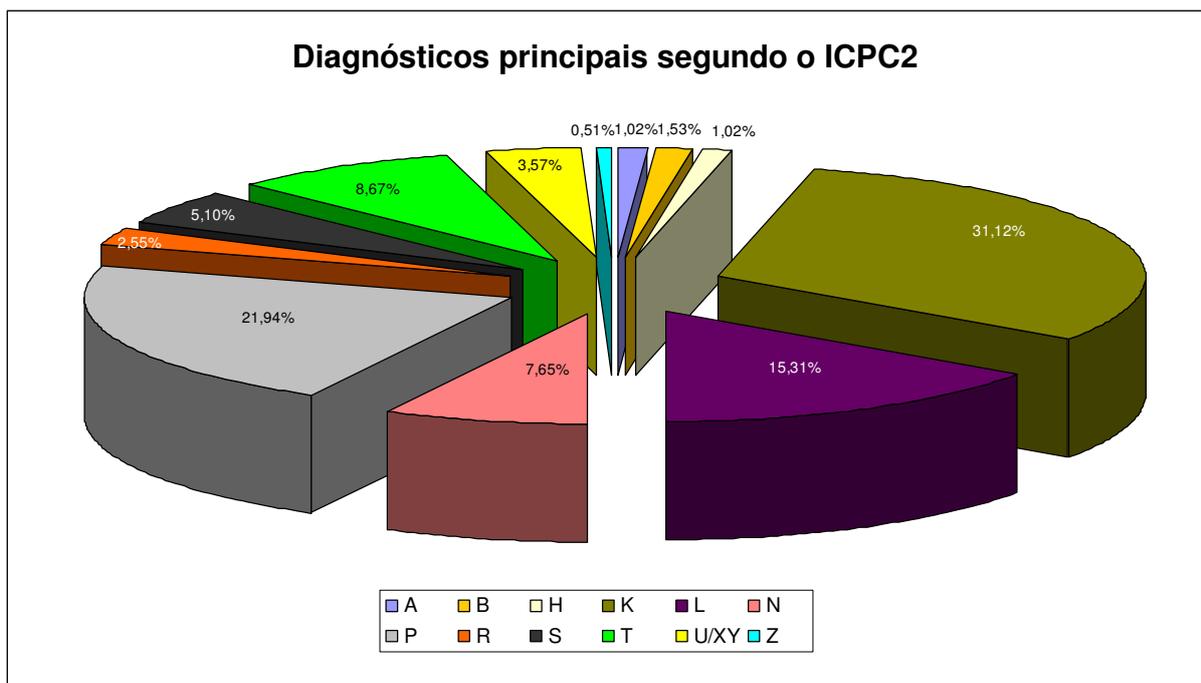
Diagnósticos principais:

As patologias mais prevalentes no grupo estudado são as perturbações depressivas (14,29%); HTA sem complicações (11,22%); insuficiência cardíaca (6,12%); diabetes mellitus não insulino dependente (6,12%); fibrilhação/flutter auricular (3,57%); osteoartrose do joelho (3,57%); outras osteoartroses (3,57%); demência (3,57%); úlceras crónicas da pele (3,57%) e parkinsonismo (3,06%).

Os diagnósticos principais registados neste grupo de utentes em estudo foram agrupados, de acordo com a Classificação ICPC 2, em uso nos Cuidados de Saúde Primários no nosso País.

Os grupos das patologias mais prevalentes encontradas neste grupo de utentes foram, por ordem decrescente: o grupo K – doenças do aparelho circulatório – 11 doenças registadas em 61 utentes, correspondendo a 31,12% das patologias assinaladas; o grupo P – doenças do foro psicológico – 7 doenças registadas em 43 utentes, correspondendo a 21,94% das patologias assinaladas; o grupo L – doenças do sistema músculo-esquelético – 10 doenças registadas em 30 utentes, correspondendo a 15,31% das patologias assinaladas; o grupo T – doenças do sistema endócrino, metabólico e nutricional – 3 doenças registadas em 17 utentes, correspondendo a 8,67% das patologias assinaladas e o grupo N – doenças do foro neurológico – 5 doenças registadas em 15 utentes, correspondendo a 7,65% das patologias assinaladas.

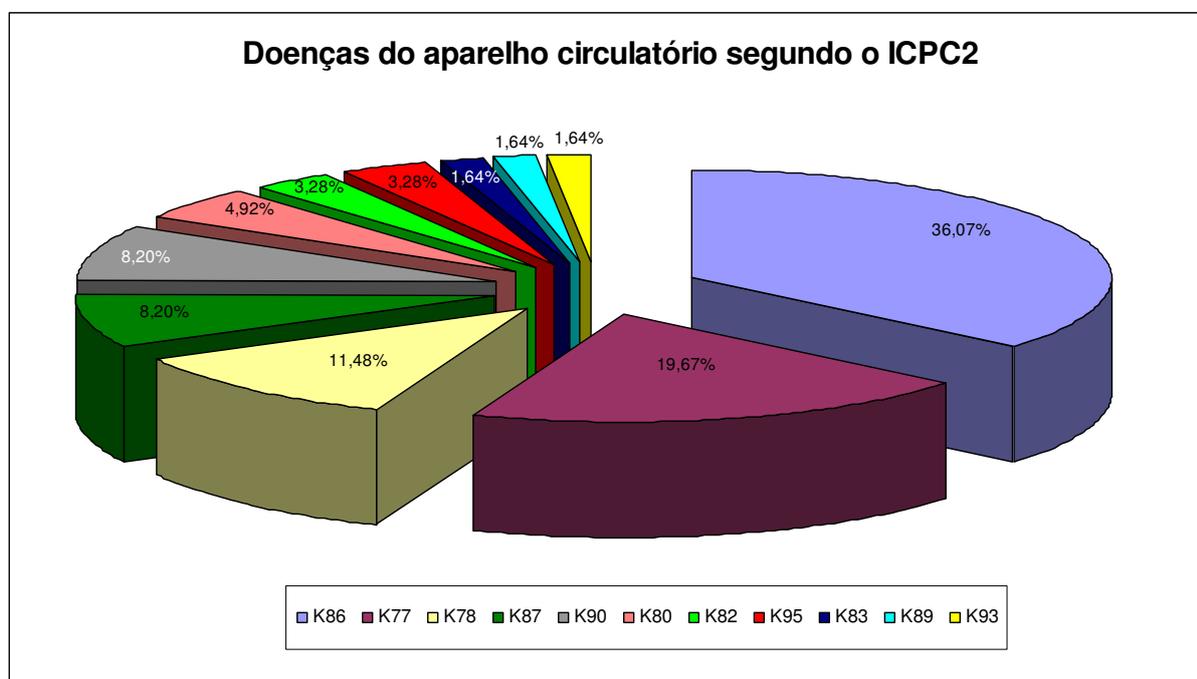
Figura 9 – Diagnósticos principais dos utentes segundo o ICPC2



Doenças do aparelho circulatório (K – ICPC):

Relativamente às doenças do aparelho circulatório, pode-se afirmar que dos **61** utentes que apresentam patologia do aparelho circulatório, **22** (36,07%) têm HTA sem complicações (K86); **12** (19,67%) têm insuficiência cardíaca (K77) e **7** (11,48%) têm fibrilhação/flutter auricular (K78).

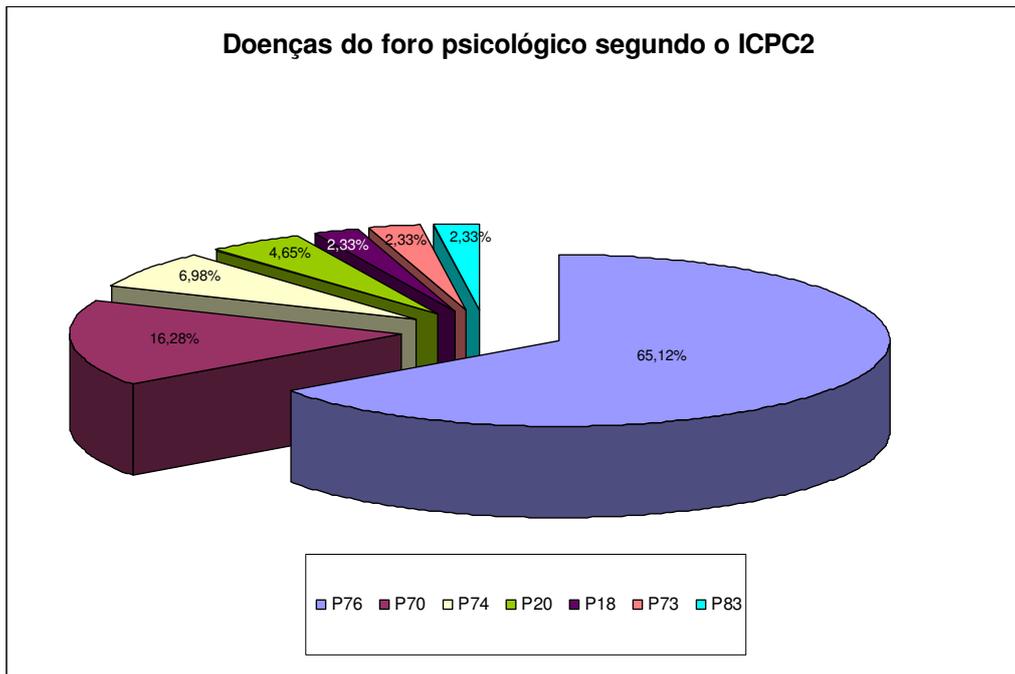
Figura 10 – Doenças do aparelho circulatório segundo o ICPC2



Doenças do foro psicológico (P – ICPC):

No caso das doenças do foro psicológico, pode-se afirmar que dos **43** utentes que apresentam doenças do foro psicológico, **28** (65,12%) têm perturbações depressivas (P76) e **7** (16,28%) têm demência (P70).

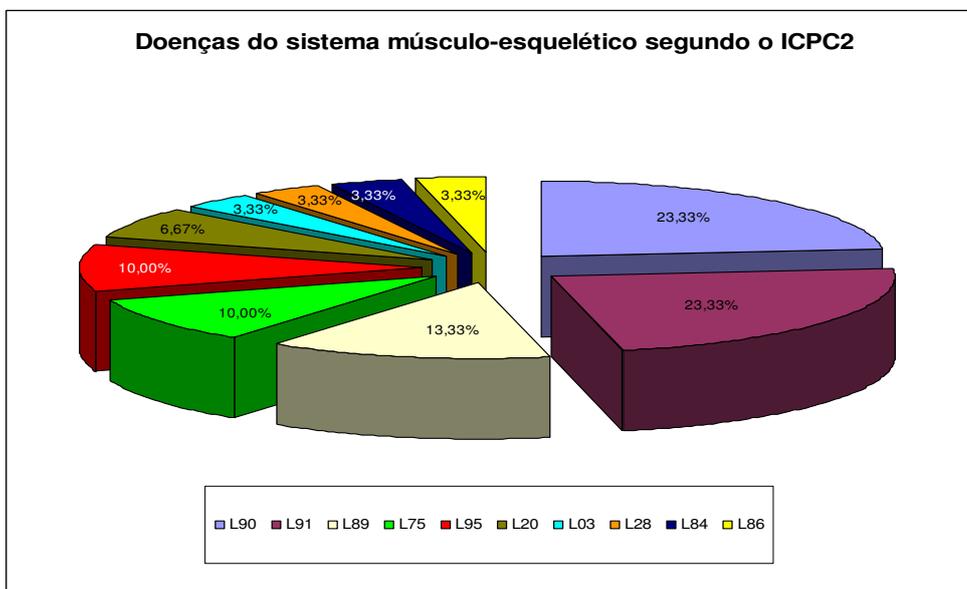
Figura 11 – Doenças do foro psicológico segundo o ICPC2



Doenças do sistema músculo-esquelético (L – ICPC):

Relativamente às doenças do sistema músculo-esquelético, pode-se afirmar que dos **30** utentes que apresentam doença do sistema musculo-esquelético, **7 (23,33%)** têm osteoartrose do joelho (L90); **7 (23,33%)** têm outras osteoartroses (L91) e **4 (13,33%)** têm osteoartrose da anca (L89).

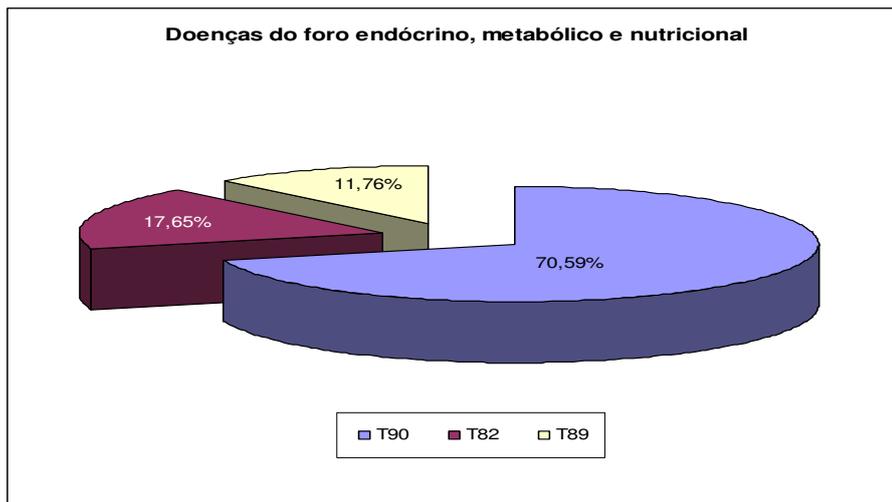
Figura 12 – Doenças do sistema músculo-esquelético segundo o ICPC2



Doenças do foro endócrino, metabólico e nutricional (T – ICPC):

No caso das doenças do foro endócrino, metabólico e nutricional, pode-se afirmar que dos **17** utentes que apresentam doenças do foro endócrino, metabólico e nutricional, **12** (70,59%) têm diabetes mellitus não insulino dependente (T90).

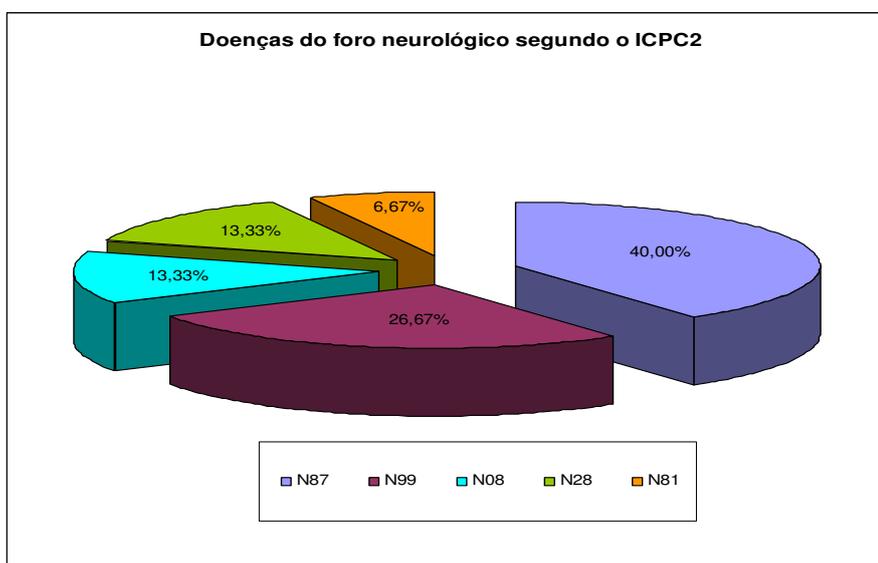
Figura 13 – Doenças do foro endócrino, metabólico e nutricional segundo o ICPC2



Doenças do foro neurológico (N – ICPC):

Relativamente às doenças do foro neurológico, pode-se afirmar que dos **15** utentes que têm doenças do foro neurológico, **6** (40,00%) têm parkinsonismo (N87) e **4** (26,67%) têm outras doenças do sistema neurológico (N99).

Figura 14 – Doenças do foro neurológico segundo o ICPC2

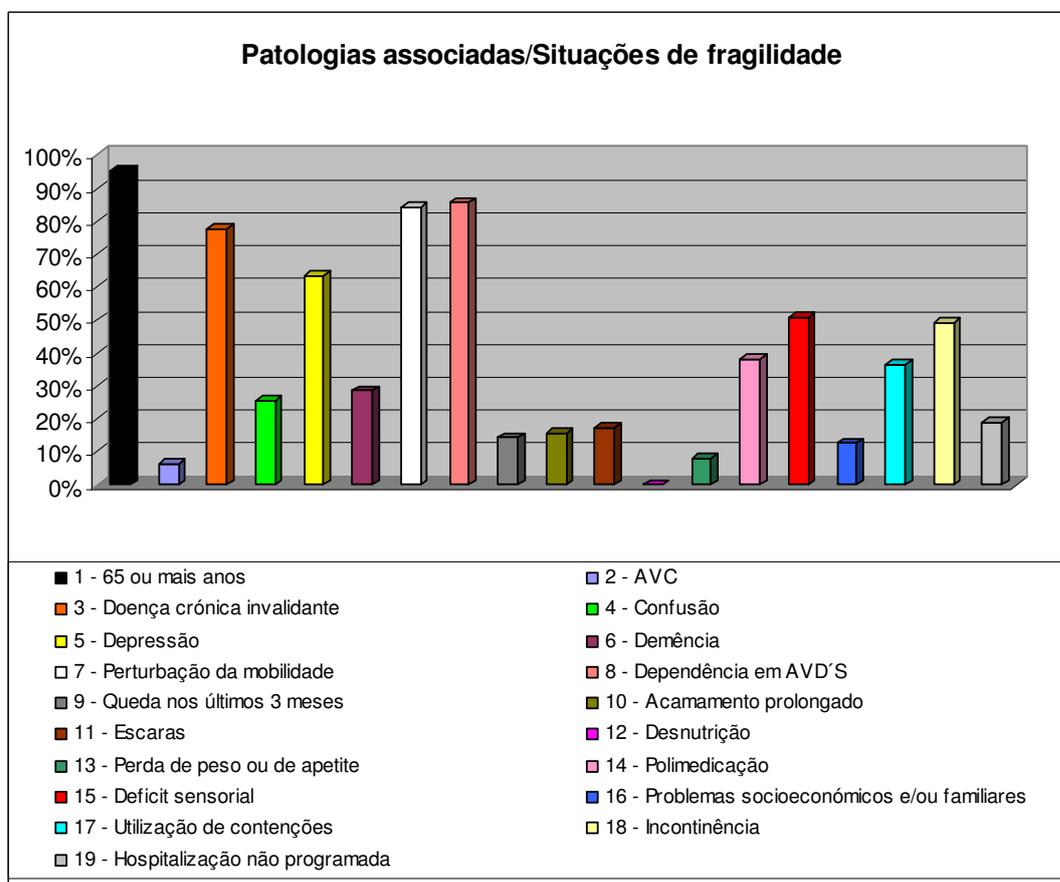


Patologias associadas/Situações de fragilidade:

Relativamente às patologias associadas/situações de fragilidade verifica-se que dos **63** utentes deste estudo, **60** (95,24%) têm 65 ou mais anos; **54** (85,71%) têm dependência em actividades de vida diária e **53** (84,13%) têm perturbações da mobilidade.

É de salientar que **49** utentes (77,78%) têm doença crónica invalidante e **40** utentes (63,49%) apresentam humor depressivo; **32** utentes (50,79%) apresentam deficit sensorial de visão e/ou audição e **31** pacientes (49,21%) têm incontinência. A polimedicação, ou seja, a toma de mais de 7 fármacos diferentes afecta **24** pacientes (38,10%); **23** utentes (36,51%) utilizam contenções. **11** doentes (17,46%) têm escaras e **10** (15,87%) em acamamento prolongado; **18** utentes (28,57%) têm demência e **16** (25,40%) sofrem de confusão; **9** utentes tiveram queda(s) nos últimos 3 meses (14,29%).

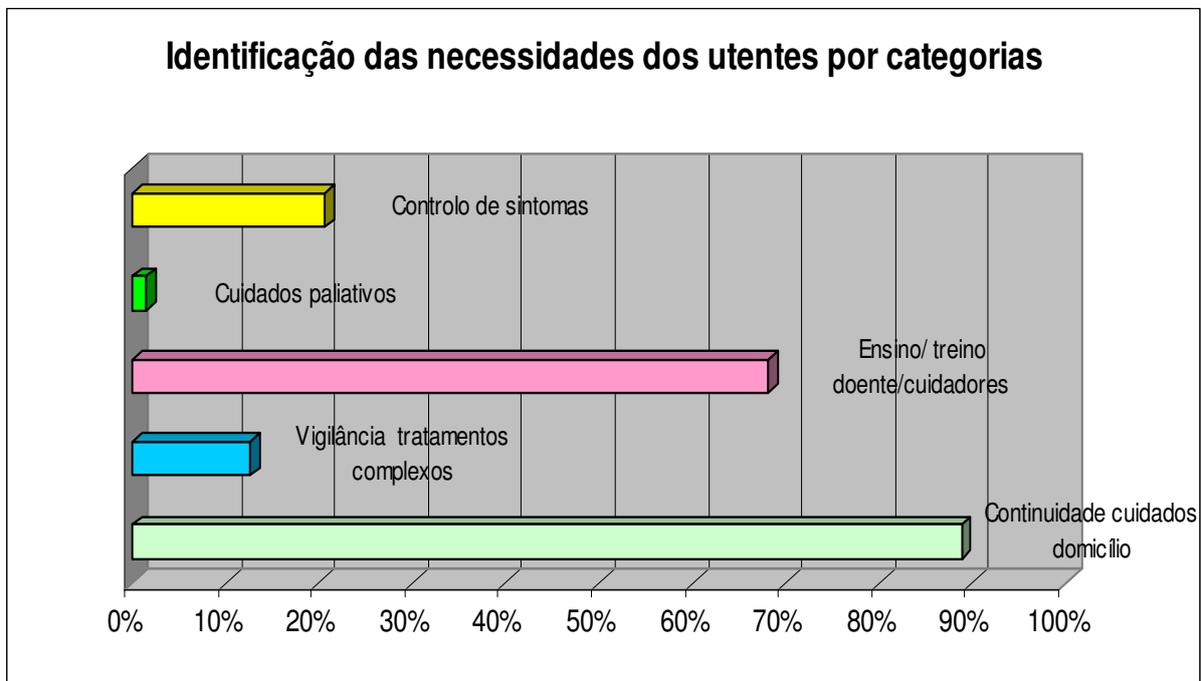
Figura 15 – Patologias associadas e Situações de fragilidade identificadas nos utentes



Identificação de necessidades:

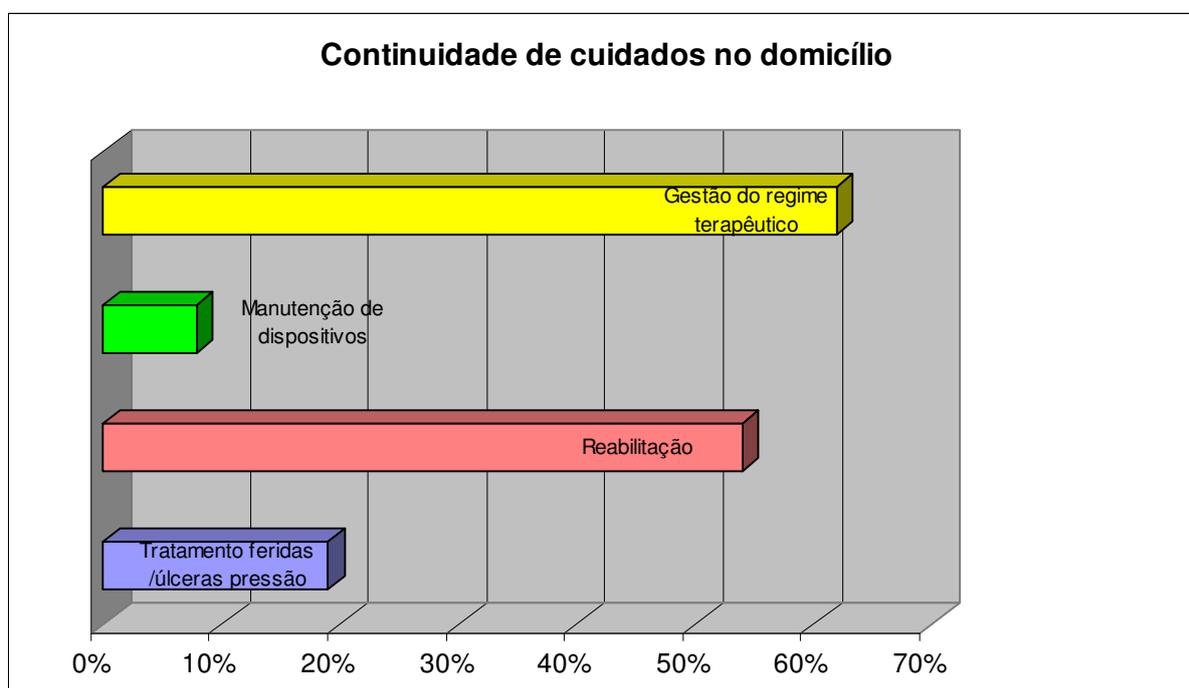
As necessidades dos utentes dependentes dividem-se em 5 categorias em que **56** (88,89%) necessitam de continuidade de cuidados no domicílio; **8** (12,70%) necessitam de vigilância e tratamentos complexos; **43** (68,25%) apresentam necessidades na área do ensino/treino doente/cuidadores; **1** (1,59%) utente necessita de cuidados paliativos e **13** (20,63%) necessitam de controlo de sintomas.

Figura 16 – Identificação das necessidades dos utentes por categorias



Na continuidade de cuidados no domicílio pode-se identificar 4 categorias de necessidades a saber **12** (19,05%) utentes necessitam de *tratamento de feridas/lúlcera de pressão*; **34** (53,97%) utentes precisam de *reabilitação*; **5** (7,94%) utentes necessitam de cuidados para *manutenção de dispositivos* e **39** (61,90%) utentes necessitam de *apoio na gestão do regime terapêutico*.

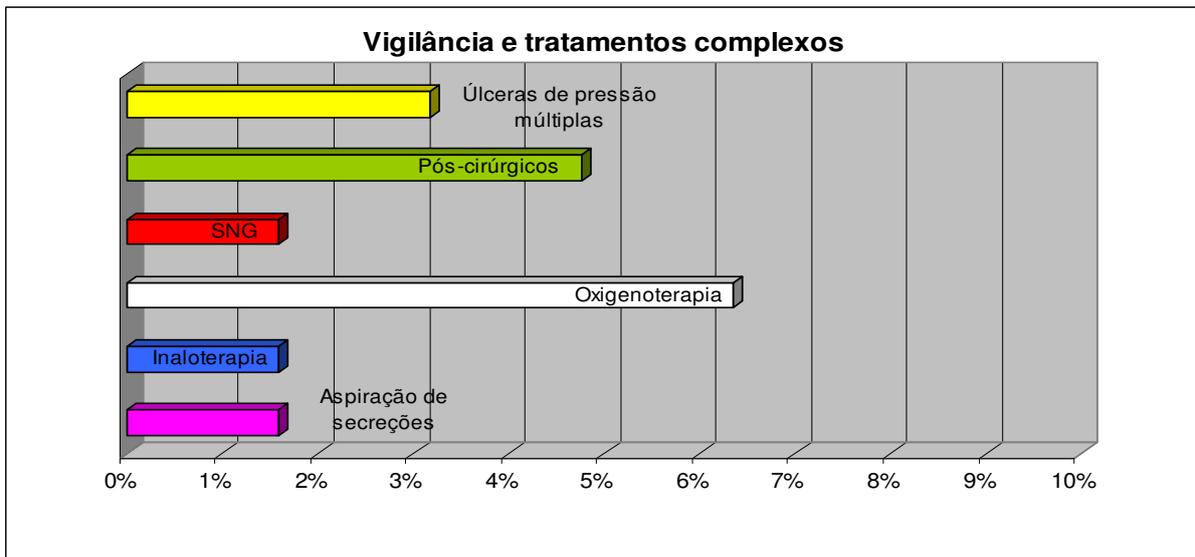
Figura 17 – Percentagem de utentes que necessitam de continuidade de cuidados no domicílio, por categorias



Na categoria vigilância e tratamentos complexos, **2** utentes apresentam *úlceras de pressão múltiplas* (3,17%); **3** utentes necessitam de *tratamentos pós-cirúrgicos* (4,76%); **1** utente é portador de *SNG* (1,59%), **4** necessitam de *oxigenoterapia* (6,35%); **1** utente necessita de *inaloterapia* (1,59%) e **1** utente necessita de *aspiração de secreções* (1,59%).

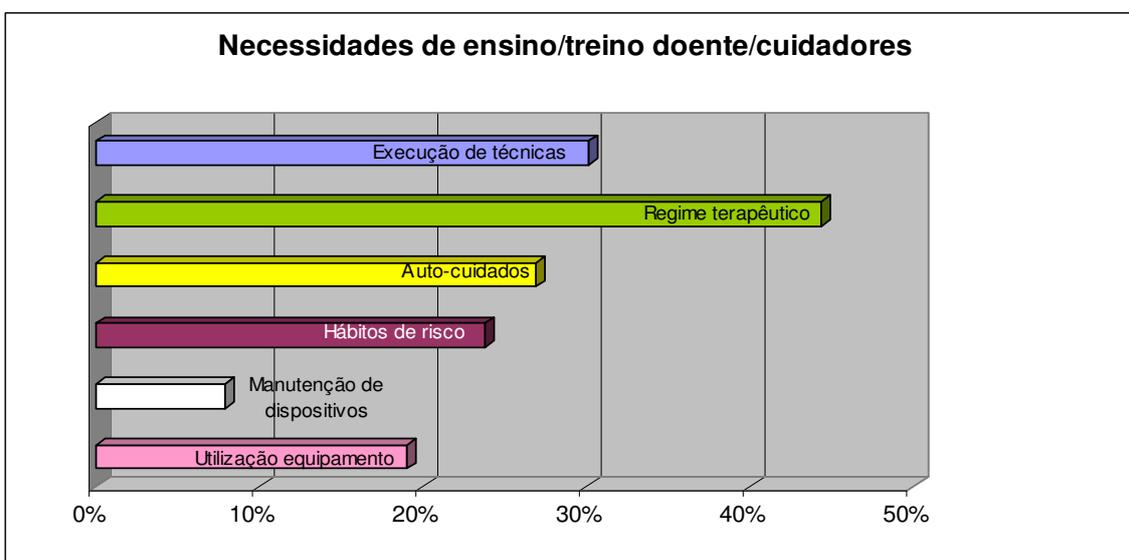
Não foram encontradas necessidades de vigilância e tratamentos complexos *pós-traumáticos*, portadores de *PEG*, necessidades de *ventilação assistida*, *fluidoterapia* ou *alimentação entérica*.

Figura 18 – Percentagem de utentes que necessitam de vigilância e tratamentos complexos, por categorias



Em necessidades de ensino/treino doente/cuidadores, **19** (30,16%) utentes necessitam informação para *execução de técnicas*; **28** (44,44%) utentes em *regime terapêutico*; **17** (26,98%) em *auto-cuidados*; **15** (23,81%) em *hábitos de risco*; **5** (7,94%) utentes requerem ensino para *manutenção de dispositivos* e **12** (19,05%) em *utilização de equipamento*.

Figura 19 – Percentagem de utentes que apresentam necessidades na área do ensino/ treino doente/ cuidadores, por categorias



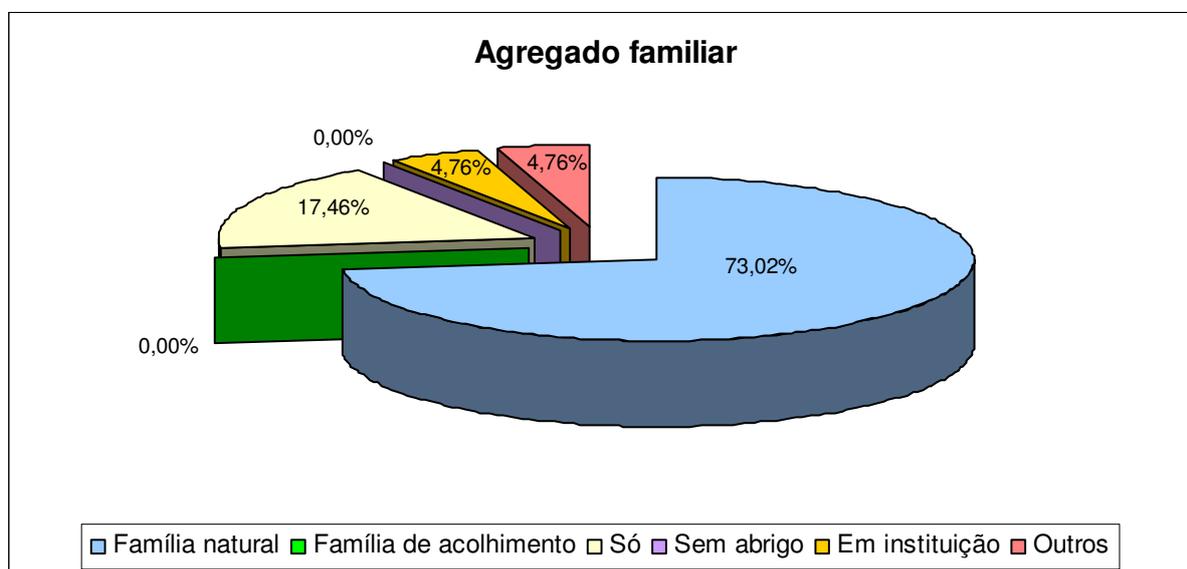
Relativamente ao controlo de sintomas pode-se afirmar que existem **13** utentes (20,63%) que dele necessitam.

Quanto aos cuidados paliativos apenas **1** utente (1,59%) necessita deste tipo de cuidados.

Avaliação social:

Relativamente à composição do agregado familiar dos utentes, pode-se afirmar que a maioria, **46** (73,02%), vive com a *família natural*. É de salientar que **11** indivíduos vivem *sós*, o que corresponde a 17,46%. Os **3** (4,76%) indivíduos que vivem *institucionalizados*, vivem num convento. A categoria outros corresponde aos **3** (4,76%) utentes que vivem com a empregada doméstica.

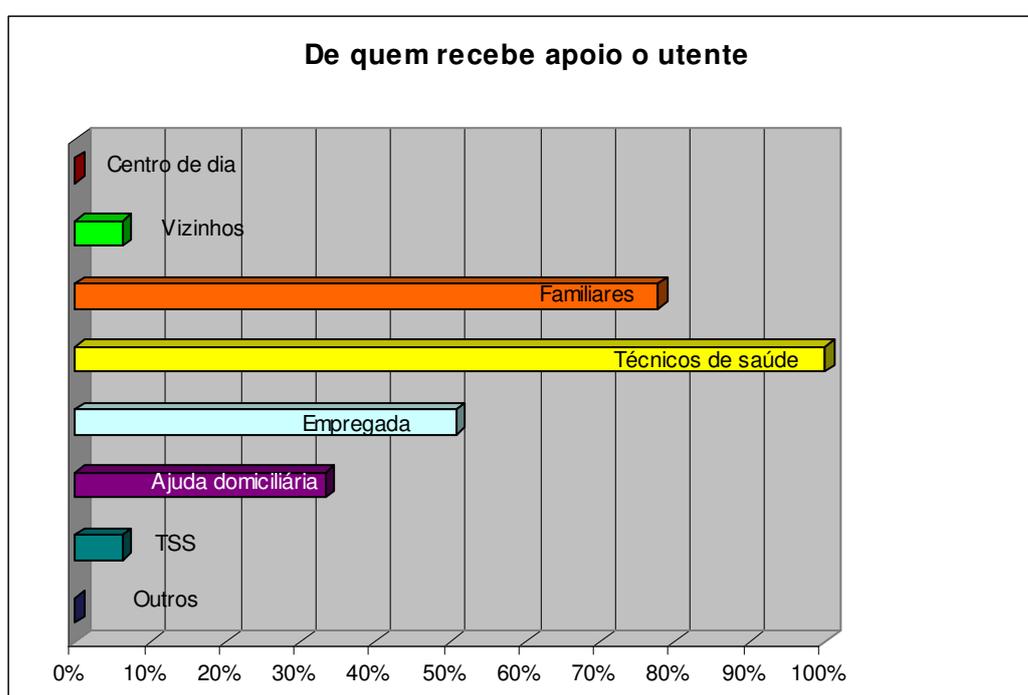
Figura 20 – Composição do agregado familiar do utente



Todos os utentes são apoiados pelos técnicos de saúde, pois todos recebem a visita domiciliária de vigilância da USF Cruz de Celas.

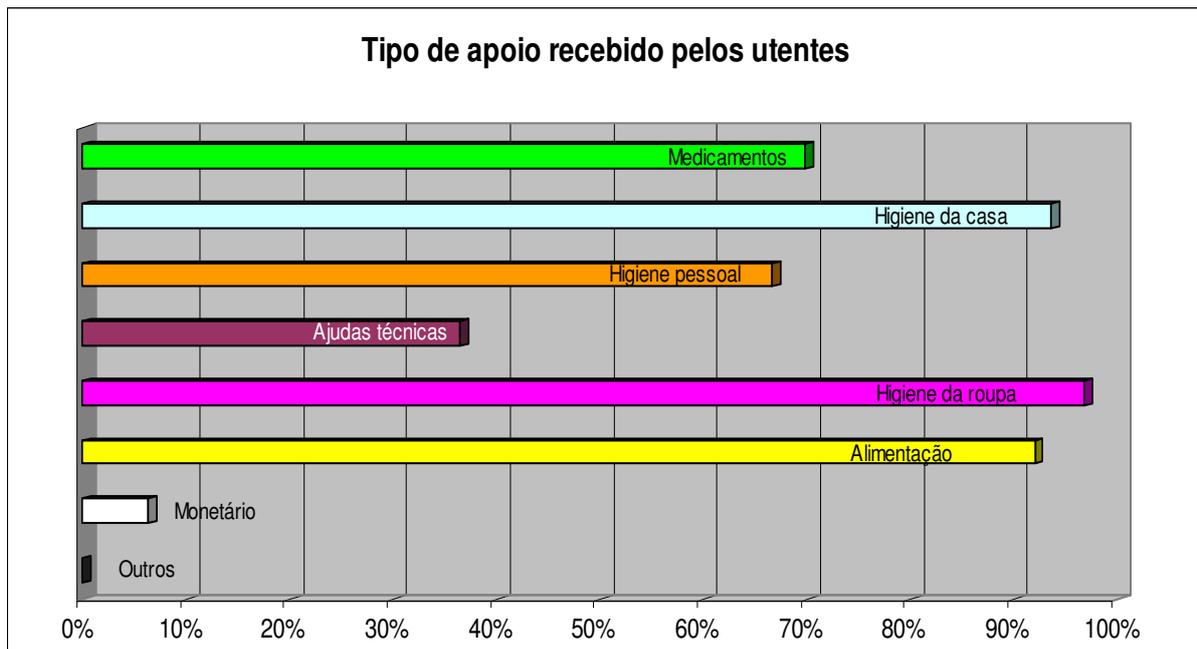
A maioria dos utentes, ou seja, **49** (77,78%) recebe apoio dos familiares; **32** utentes (50,79%) recebem apoio da empregada doméstica e **21** (33,33%) recebe ajuda domiciliária. Apenas **4** utentes (6,35%) recebem apoio dos vizinhos, o mesmo número de utentes recebe apoio dos técnicos de serviço social.

Figura 21 – De quem recebe apoio o utente



Os utentes da USF Cruz de Celas recebem apoio de fontes diversas e em aspectos múltiplos. Podemos afirmar que **61** utentes (96,83%) recebem apoio na *higiene da roupa*; **59** utentes (93,65%) recebem apoio na *higiene da casa* e **58** utentes (92,06%) recebem apoio na *alimentação*; **44** utentes (69,84%) recebem apoio nos *medicamentos*; **42** utentes (66,67%) recebem apoio na *higiene pessoal*; **23** utentes (36,51%) recebem apoio em *ajudas técnicas* e apenas **4** utentes (6,35%) recebem apoio *monetário*.

Figura 22 – Tipo de apoio recebido pelos utentes

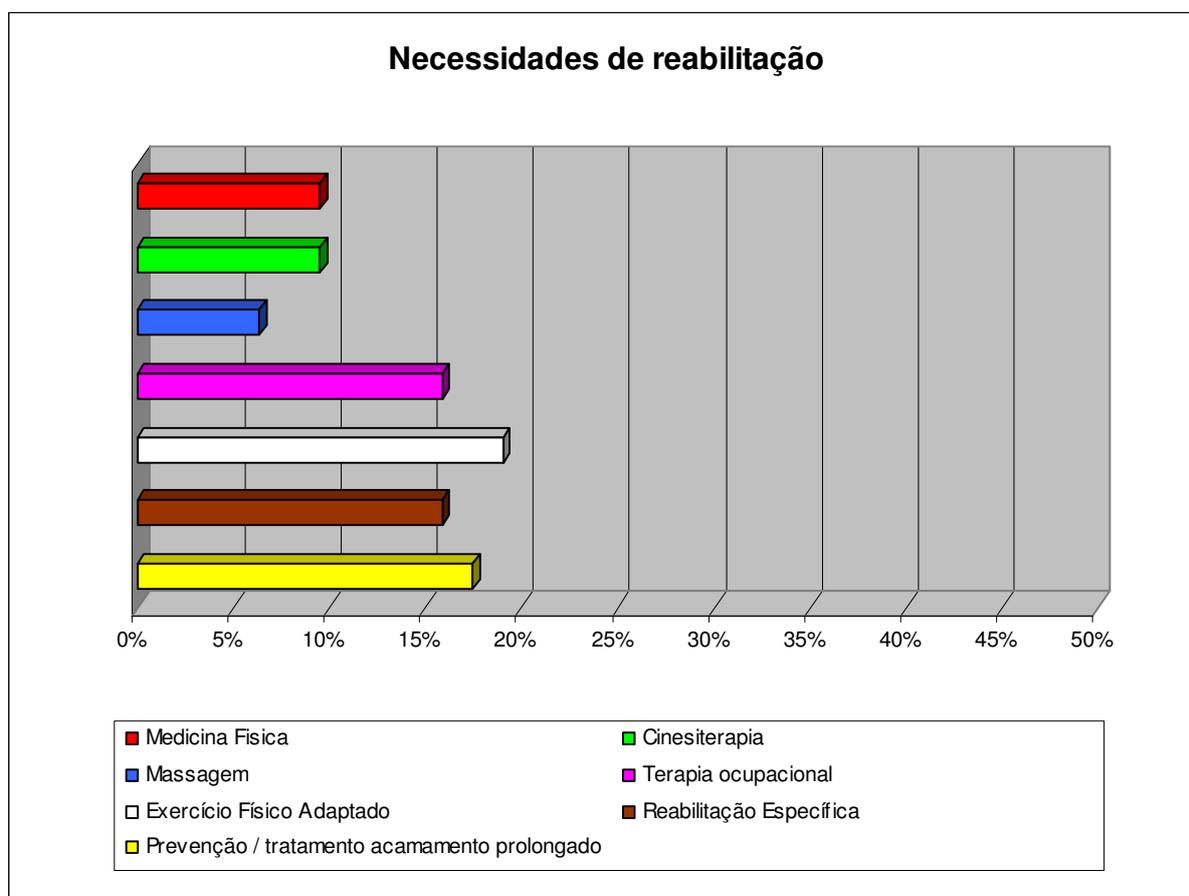


Reabilitação:

É de salientar que **34** utentes necessitam de reabilitação, o que corresponde a 53,97% dos utentes e **29** utentes não necessitam de reabilitação, o que corresponde a 46,03% dos utentes.

De entre os utentes que necessitam de reabilitação pode-se dizer que **12** utentes (19,05%) necessitam de *exercício físico adaptado*; **11** utentes (17,46%) necessitam de *prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado*; **10** utentes (15,87%) necessitam de *reabilitação específica*; **10** utentes (15,87%) necessitam de *terapia ocupacional*; **6** utentes (9,52%) necessitam de *medicina física*; **6** utentes (9,52%) necessitam de *cinesiterapia* e **4** utentes (6,35%) necessitam de *massagem*.

Figura 23 – Necessidades de reabilitação, por categorias



Recursos existentes na USF Cruz de Celas

Todos os profissionais responderam que existe consulta médica e cuidados de enfermagem programados. Relativamente à visita domiciliária não programada, 12 profissionais de saúde responderam que existe. Todos os profissionais concordam sobre a existência de orientação telefônica em intercorrências. Relativamente à prestação de cuidados superior a uma vez por dia, apenas 3 profissionais referem que tal serviço existe na USF. Relativamente à prestação de cuidados superior a 1 hora e 30 minutos, para além de 3 dias por semana, apenas 4 profissionais responderam que existe. Relativamente à prestação de

cuidados para além do horário de funcionamento da USF, apenas 1 profissional refere a sua existência. Todos concordam que não são prestados serviços de carácter domiciliário a utentes não abrangidos pela USF ou outra unidade do CS. Relativamente à fisioterapia, apenas 3 profissionais responderam que existe. No que diz respeito a consultas de psicologia, 11 profissionais referem a sua existência. Todos os profissionais de saúde concordam sobre a inexistência de terapia ocupacional, assim como sobre a existência de assistência social. Relativamente a cuidados paliativos, apenas 2 profissionais de saúde referem que existem. Todos os profissionais concordam sobre a existência de educação para a saúde; contudo apenas 9 concordam com a existência de suporte formativo ao familiar/cuidador. No que diz respeito ao registo clínico individual dos utentes, 12 profissionais concordam que existe. Relativamente aos protocolos de fornecimento de fármacos abrangidos por legislação especial, apenas 3 referem que estes protocolos existem. No que, aos protocolos clínicos para resolução dos sintomas mais frequentes, diz respeito, 8 profissionais referem que existem. Relativamente à coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais, 12 profissionais de saúde referem que existe.

4. Discussão

A caracterização demográfica deste grupo de utentes é semelhante à esperada e já descrita noutros estudos publicados. Prevalência de utentes do sexo feminino (73%), o que está de acordo com a maior esperança de vida das mulheres na sociedade portuguesa e acima dos 80 anos (77,8%).

Neste estudo, verificou-se que 17,46% dos utentes estão no grupo etário dos 65 aos 79 anos e 77,78% no grupo etário dos 80 ou mais anos. A maioria (85%) dos utentes referenciados na RNCCI tem mais de 60 anos.

Verifica-se que nos grupos etários abaixo dos 64 anos predominam os homens e nos grupos etários acima dos 65 anos predominam as mulheres, situação semelhante ao descrito para o grupo de utentes referenciados na RNCCI.

Os graus de dependência encontrados, avaliados na Escala de Katz, correspondem maioritariamente a situações de dependência parcial moderada a ligeira (cerca de 40% dos casos) e a dependência parcial grave (cerca de 38% dos casos). De referir que 8% das situações são de dependência máxima, constituindo um sério desafio para os cuidadores e equipa de saúde, pois são utentes totalmente incapazes de tomar banho, vestir-se, ir ao WC e alimentar-se sozinhos, assim como são incontinentes e não se transferem.

Segundo a Escala de Lawton, que como referido “avalia competências para viver independente” os resultados são demonstrativos da grande necessidade de apoio familiar e social. Verifica-se um predomínio de utentes com dependência parcial grave (46%) e dependência parcial moderada a ligeira (35%). Em 19% destes utentes a dependência é máxima, o que significa a incapacidade para viver sem o apoio permanente de terceira pessoa.

No grupo de utentes deste estudo o controle da dor não parece ser um problema muito importante (anotada apenas em 6 dos 63 utentes estudados) situação que pode resultar do

método usado na colheita dos dados (baseada nos registos) e, por este motivo, não permite qualquer conclusão.

Neste estudo foi feita a pesquisa das principais patologias presentes neste grupo de utentes e não a pesquisa da causa da dependência, como foi feito no estudo da UMCCI, daí que os resultados não sejam comparáveis. As patologias mais prevalentes deste grupo de doentes não diferem das patologias verificadas naquele grupo etário fora deste contexto.

As situações de fragilidade encontradas correspondem às expectativas iniciais, para este grupo de estudo. Assim, mais de 95% dos utentes acima dos 65 anos, 85,7% dependentes para actividades de vida diária, 84,1% com perturbações da mobilidade e 77,8% sofrendo de doença crónica invalidante.

A prevalência do humor depressivo em valor absoluto é superior à prevalência do diagnóstico de perturbações depressivas, sublinhando a importância deste problema na população idosa, já que as perturbações depressivas são a patologia mais prevalente nesta população.

A polimedicação, deficit sensorial de visão e/ou audição, incontinência, existência de doença crónica invalidante, demência e confusão constituem problemas frequentes não só nesta população, como na população idosa fora deste contexto.

Segundo a UMCCI, a prevalência de úlceras de pressão foi de 6%. Neste estudo, prevalência de escaras é de 17,46%. A inexistência de total concordância entre a prevalência de escaras e acamamento prolongado se deve ao facto de existirem utentes que têm escaras por utilização de “cadeira de rodas” e da existência de doentes que estando acamados, não têm escaras de decúbito. O mesmo facto ocorre entre a prevalência de escaras e o número de indivíduos que necessitam de tratamento de feridas/úlceras de pressão, no qual foram considerados outros tipos de ferimentos para além das úlceras de pressão. Apenas 3,17% dos utentes necessitam de vigilância e tratamento de úlceras de pressão múltiplas.

Segundo a UMCCI, a prevalência de quedas foi de 39,12%. Neste estudo, a prevalência de quedas nos últimos três meses foi de 14,29%.

No que toca à continuidade de cuidados no domicílio, as necessidades identificadas na área do tratamento de feridas/ úlceras de pressão, manutenção de dispositivos e gestão do regime terapêutico são satisfeitas através da visita domiciliária de vigilância da USF.

No ponto vigilância e tratamentos complexos, apenas se verificaram necessidades de tratamento de úlceras de pressão múltiplas, pós-cirúrgicos, SNG, oxigenoterapia, inaloterapia e aspiração de secreções, que exigindo vigilância apertada, são satisfeitos.

No ponto necessidades de ensino/treino doente/ cuidadores há que salientar que um grupo significativo de pacientes não necessita, outros foram ensinados ou, ainda, o cuidador é um profissional de saúde.

Tanto as necessidades de cuidados paliativos, como as de controlo de sintomas não são satisfeitas pela visita domiciliária de vigilância.

Apenas um paciente necessita de **cuidados paliativos** por neoplasia da bexiga e dor generalizada múltipla.

Relativamente ao **controlo de sintomas** verifica-se que 13 pacientes necessitam de vigilância apertada a esse nível, situação que não é assegurada pelas equipas da USF.

Segundo a UMCCI, a maioria dos utentes (81%) vivem com a família natural; 10% vivem sós e 4% numa instituição. Neste estudo, 73,02% dos utentes vivem com a família natural; 17,46% vivem sós e 4,76% vivem institucionalizados.

Segundo a UMCCI, os familiares constituem o principal suporte dos utentes (83%), seguida da ajuda domiciliária de carácter social (17%). Neste estudo, 77,78% dos utentes recebe apoio dos familiares e 50,79% recebe da empregada doméstica.

De salientar, que os dados obtidos em relação ao item técnicos de saúde se deve ao facto de ter considerado que este constituía a visita domiciliária de vigilância da USF Cruz de Celas.

Segundo a UMCCI, 69% dos utentes recebem apoio na alimentação, 63% na higiene da roupa, 64% na higiene pessoal, 62% na higiene da casa e 52% nos medicamentos. Neste estudo, verificou-se que 96,83% recebem apoio na higiene da roupa, 93,65% na higiene da casa, 92,06% na alimentação, 69,84% nos medicamentos, 66,67% na higiene pessoal, 36,51% em ajudas técnicas e 6,35% em apoio monetário.

Relativamente à reabilitação, após análise dos dados, verificamos que na maior parte dos casos, estas necessidades não estão satisfeitas. Assim:

- a) dos 6 utentes que necessitam de medicina física, apenas 1 está em tratamento;
- b) dos 6 utentes que necessitam de cinesiterapia , apenas 1 está em tratamento;
- c) dos 4 utentes que necessitam de massagem, apenas 1 está em tratamento;
- d) dos 10 utentes que necessitam de terapia ocupacional, apenas 1 está em tratamento;
- e) dos 12 utentes que necessitam de exercício físico adaptado, apenas 1 está em tratamento;
- f) dos 10 utentes que necessitam de reabilitação específica, apenas 2 estão em tratamento;
- g) dos 11 utentes que necessitam de prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado, apenas 2 estão em tratamento.

Os doentes que não fazem reabilitação, correspondem a necessidades não satisfeitas.

O questionário aplicado aos profissionais da USF Cruz de Celas com o objectivo de identificar as respostas existentes às necessidades sentidas deste grupo de utentes revelou uma

excelente adesão destes profissionais. Pode ter ocorrido algum enviesamento, relacionado com as expectativas de cada um dos profissionais, o que poderá justificar resultados discordantes em algumas questões. Assim, no que diz respeito à visita domiciliária não programada, tal acontece provavelmente por ser um recurso apenas utilizado em situações urgentes, não correspondendo à rotina da USF, podendo esta explicação ser extrapolada para a prestação de cuidados superior a uma vez por dia; prestação de cuidados superior a 1 hora e 30 minutos, para além de 3 dias por semana; prestação de cuidados para além do horário de funcionamento da USF. As respostas obtidas à questão sobre a prestação de cuidados a doentes não abrangidos pela USF ou outra unidade do CS foram unânimes, dado que tal não está previsto na carteira de serviços da USF. A possibilidade dos profissionais de saúde da USF enviarem os utentes a centros de referência no exterior levou a que existam respostas positivas à pergunta sobre a existência de fisioterapia. A consulta de psicologia decorre apenas nas instalações do CS, logo este recurso apenas pode ser utilizado pelos familiares e cuidadores, daí o motivo da discordância de respostas. As equipas domiciliárias da USF não têm assistentes sociais, mas estes colaboram sempre que solicitados, daí a maioria das respostas serem afirmativas. A existência de respostas afirmativas no que se refere aos cuidados paliativos deve-se à possibilidade de referência a centros externos. A divergência nas respostas à pergunta sobre a existência de suporte formativo ao familiar/cuidador é talvez justificado pelo facto de tal intervenção ser feita maioritariamente pela equipa de enfermagem. A inexistência de um registo clínico específico desta área de cuidados levou à divergência de respostas no item “registo clínico individual dos utentes”. O facto da equipa de enfermagem administrar fármacos aos utentes em cuidados de vigilância levou à discordância dos resultados obtidos na questão sobre protocolos de fornecimento de fármacos abrangidos por legislação especial. A existência de protocolos de resolução dos sintomas mais frequentes para uso de toda a USF e não apenas para as equipas domiciliárias levou a respostas

discordantes. A coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais existe, mas não é frequente, daí ter gerado uma resposta discordante.

5. Conclusões

A maioria dos utentes do grupo estudado é do sexo feminino e encontra-se no grupo etário acima dos 79 anos.

No grupo etário abaixo dos 64 anos predominam os homens.

Segundo a Escala de Katz, verifica-se maior prevalência da dependência parcial moderada a ligeira, o que significa que os utentes necessitam de ajuda de uma a cinco tarefas, sendo independentes nas restantes; seguindo-se a dependência parcial grave em que os utentes necessitam de ajuda de uma a seis actividades de vida diária, sendo totalmente dependentes nas restantes.

Segundo a Escala de Lawton, verifica-se maior prevalência da dependência parcial grave, o que significa que os utentes são totalmente incapazes de realizar de uma a seis tarefas e necessitam de ajuda nas restantes; seguindo-se a dependência parcial moderada a ligeira em que os pacientes necessitam de ajuda em todas as tarefas, até àqueles que apenas necessitam de ajuda numa tarefa, sendo independentes nas restantes.

A dor não parece ser problema preocupante da maioria dos utentes da USF Cruz de Celas, no entanto há que ter em conta que o método de recolha dos dados (baseado nos registos), não permitiu explorar detalhadamente este ponto, não sendo possível retirar conclusões.

As patologias mais prevalentes encontradas no grupo estudado são as perturbações depressivas, HTA sem complicações, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus não insulino dependente, fibrilhação auricular e as osteoartroses.

Salienta-se a maior prevalência de doenças do aparelho circulatório (K- ICPC), o que era expectável, pois este grupo de patologias apresenta grande prevalência neste grupo etário noutros contextos. Neste grupo de patologias, a mais prevalente é a HTA.

Em relação às patologias associadas/ situações de fragilidade, a mais prevalente é pertencer à faixa etária 65 ou mais anos. São também relevantes a dependência em actividades

de vida diária, perturbações da mobilidade, doença crónica invalidante, humor depressivo, deficit sensorial de visão e/ou audição, incontinência, polimedicação, uso de contencções, presença de escaras, acamamento prolongado, demência, confusão e queda nos últimos três meses que quando presentes indicam maior probabilidade de descompensação com o aparecimento de nova patologia.

Relativamente às necessidades identificadas, a principal foi a necessidade de **continuidade de cuidados no domicílio**, assegurada através da visita da equipa de cuidados domiciliários, da orientação telefónica e do ensino/treino de doentes e cuidadores.

Nesta matéria a necessidade mais frequentemente encontrada diz respeito ao apoio na gestão do regime terapêutico, tanto no ajuste das doses com vista a um melhor controlo dos sintomas, como em situações de abuso medicamentoso ou má adesão terapêutica. Estas necessidades são satisfeitas através de visitas regulares tanto da equipa médica, como da de enfermagem, disponibilidade para visitas não programadas e orientações telefónicas em intercorrências.

Relativamente à **vigilância e tratamentos complexos**, a necessidade mais prevalente é a de oxigenoterapia, satisfeita através do apoio de empresa especializada que fornece estes equipamentos e serviços, sob prescrição médica.

A necessidade de **ensino/treino doente/cuidadores** na área do regime terapêutico é a mais prevalente e para que seja satisfeita é necessária a disponibilidade das equipas domiciliárias para ensinar e atender às múltiplas dúvidas que surgem aos doentes e aos cuidadores.

É mais frequente a necessidade de controlo de sintomas do que a de cuidados paliativos e verificamos que estas necessidades não são satisfeitas.

A maioria dos utentes vive com a família natural, mas um grupo significativo de indivíduos (cerca de 18%) vivem sós.

A maioria recebe apoio dos familiares, o que implica um grande esforço dos mesmos e faz ressaltar a importância do suporte formativo ao familiar cuidador, assim como o seu apoio psicológico. Cerca de metade são apoiados pela empregada doméstica.

As formas de apoio encontradas na maioria dos utentes foram na higiene da roupa e da casa e o apoio alimentar, o que mostra a maior dependência desta população no desempenho das actividades instrumentais da vida diária. Ainda de salientar o apoio recebido no tratamento medicamentoso e na higiene pessoal, por mais de dois terços destes utentes.

Mais de metade destes utentes necessitam de reabilitação, o que vai de encontro com as expectativas, uma vez que estamos perante utentes dependentes. Um grupo significativo de utentes (cerca de 18%) necessitam de prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado, que na maioria dos casos não são satisfeitas. A área de reabilitação específica, medicina física e cinesiterapia é essencial para os pacientes com patologia do sistema músculo-esquelético, mas também para aqueles com patologia do foro respiratório. Um em cada cinco destes utentes necessita de exercício físico adaptado.

É de salientar que a maioria dos utentes que necessita de reabilitação não está em tratamento, constituindo uma área a trabalhar no futuro, que mostra a necessidade da ECCI.

A USF Cruz de Celas, de acordo com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, possui equipas domiciliárias.

A visita domiciliária não programada não é usual, mas acontece em casos excepcionais (urgência) e sempre condicionada com o horário/ disponibilidade dos profissionais.

A prestação de cuidados superior a uma vez por dia; superior a 1 hora e 30 minutos, para além de 3 dias por semana e a prestação de cuidados para além do horário de funcionamento da USF não ocorrem por norma, mas em casos excepcionais (urgência) os profissionais de

saúde da USF Cruz de Celas prestam estes serviços, que estão para além da carteira de serviços da USF.

A USF não presta cuidados a doentes não inscritos, claramente uma tarefa que pertence às ECCI.

Não existe fisioterapia no CS, no entanto os utentes que dela necessitam são referenciados para centros hospitalares em ambulatório. Esta actividade é do domínio de acção das ECCI.

Embora da responsabilidade das ECCI, existe apoio psicológico para todo o CS, assim como assistência social. Os profissionais da USF reconhecem ser necessários mais psicólogos para responder às solicitações. No entanto, a terapia ocupacional, da responsabilidade das ECCI, não existe no CS.

Quando os utentes necessitam de cuidados paliativos a única hipótese disponível é a referência para centros hospitalares de ambulatório. Estes cuidados são também da competência das ECCI com apoio das ECSCP.

As equipas domiciliárias da USF proporcionam suporte formativo ao familiar/ cuidador e educação para a saúde dos utentes, responsabilidade partilhada com as ECCI.

Segundo os profissionais de saúde da USF não existem protocolos de fornecimento de fármacos abrangidos por legislação especial, no entanto, os enfermeiros disponibilizam alguns fármacos e material de penso aos doentes que deles necessitam.

Existem protocolos clínicos para a resolução dos sintomas mais frequentes desta população de utentes e há coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais, embora seja pouco frequente. Este último ponto é da responsabilidade das ECCI e é assegurado pela USF.

Em conclusão, podemos afirmar que as equipas da USF Cruz de Celas procuram, com empenho e dedicação, cumprir o seu papel na prestação de cuidados domiciliários aos utentes

em situação de dependência, assegurando ainda, em casos excepcionais, valências que pertencem à carteira de serviços das ECCI.

Verificamos que as equipas da USF Cruz de Celas cumprem as actividades descritas na sua carteira de serviços excedendo-a até nalguns pontos, mas mesmo assim continuam a existir necessidades dos utentes que não são satisfeitas. Assim, concluímos que a formação de uma ECCI neste Centro de Saúde consistiria numa mais valia à prestação de cuidados a esta população.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os profissionais de saúde da USF Cruz de Celas que através da sua disponibilidade e colaboração, tornaram possível a realização deste trabalho.

Um particular agradecimento ao Dr. Humberto Vitorino pela disponibilidade, orientação e acompanhamento que impulsionaram esta investigação.

Referências Bibliográficas

- Graf, Carla; (Abril 2008); *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale*; AJN Vol. 108, No. 4
- Guerreiro, Inês - Ministério da Saúde – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009); *Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados*
- Ministério da Saúde - Direcção Geral de Saúde; Despacho Ministerial (8-06-2004); *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004/2010*
- Ministério da Saúde – Direcção Geral de Saúde (2003); *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor – Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003*
- Ministério da Saúde – Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Maio de 2007); *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários – Carteira de Serviços*
- Ministério da Saúde – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009); *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*
- Ministério da Saúde – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009); *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da RNCCI no primeiro semestre de 2009*
- Ministério da Saúde – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (Março 2009); *Cuidados Continuados – Política e Estratégia da Qualidade*
- Wallace, Meredith; Shelkey, Mary; (Abril 2008); *Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults*; AJN Vol. 108, No. 4

www.hartfordign.org

www.umcci.min-saude.pt

ANEXOS

Tabela I - Dependências

				Grau de Dependência																
Nº ordem	Idade	Sexo		Escala de Katz						Escala de Lawton							Grau de dor			
		M	F	1	2	3	4	5	6	Total	1	2	3	4	5	6		7	Total	
1	99		1	0	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	0	1	1	1	3	
2	91	1		1	1	1	1	0	1	5	1	0	0	0	1	2	2	6		
3	84		1	1	1	1	2	1	2	8	2	0	0	0	1	0	1	4		
4	36	1		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5	89	1		0	0	0	0	1	2	3	2	0	0	0	0	2	2	6		
6	78		1	2	2	2	1	2	2	11	2	2	2	1	2	2	2	13		
7	93		1	1	2	2	2	2	2	11	1	0	1	1	1	1	1	6		
8	102		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	
9	86	1		1	1	1	1	2	2	8	2	0	0	0	1	1	1	5		
10	84		1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
11	97		1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
12	96		1	2	2	2	2	2	2	12	2	0	0	1	1	2	2	8		
13	83		1	1	2	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	1	8		
14	90	1		0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
15	90	1		1	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	1		
16	90		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
17	86		1	0	0	1	1	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	1		
18	92		1	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		
19	93		1	1	0	1	1	0	2	5	2	0	0	0	1	0	0	3		
20	67		1	2	2	1	1	2	2	10	2	0	0	0	0	1	1	4		
21	57	1		1	2	2	1	0	2	8	2	0	1	1	0	2	2	8		
22	96		1	0	0	1	1	1	1	4	1	0	0	0	1	0	0	2		
23	94		1	2	2	2	2	2	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0		
24	62	1		1	0	1	1	0	1	4	2	0	1	0	0	2	2	7		
25	84		1	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	2	2	2	11		

Tabela I - Dependências

Nº ordem	Idade	Sexo		Grau de Dependência														Grau de dor	
		M	F	Escala de Katz						Escala de Lawton									
				1	2	3	4	5	6	Total	1	2	3	4	5	6	7		Total
26	84		1	0	0	1	2	1	1	5	0	0	0	0	1	0	0	1	
27	90		1	0	0	1	1	1	1	4	0	0	0	0	1	0	0	1	
28	89		1	1	1	2	1	1	2	8	2	0	1	0	1	1	2	7	
29	85		1	2	2	2	2	2	2	12	2	0	0	0	0	1	1	4	
30	95		1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	
31	89		1	1	1	2	2	1	2	9	2	1	1	1	0	1	1	7	
32	77		1	0	0	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	1	0	1	
33	84		1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
34	90		1	1	1	1	1	1	1	6	0	0	0	0	2	1	0	3	
35	81	1		1	0	2	1	1	1	6	2	0	0	0	0	1	1	4	
36	85		1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	1	
37	90		1	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	1	
38	82	1		2	1	2	2	1	2	10	2	0	0	0	1	1	1	5	
39	77	1		2	2	2	2	1	2	11	2	1	0	0	2	2	0	7	
40	82	1		1	1	1	2	1	1	7	0	0	0	0	0	1	0	1	
41	78	1		1	1	1	1	1	1	6	1	0	0	0	0	0	0	1	
42	84	1		2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	1	1	2	9	
43	82		1	1	2	2	2	2	2	11	2	0	1	0	0	1	0	4	
44	94		1	2	2	2	2	2	2	12	2	1	1	1	1	2	1	9	
45	73		1	1	1	1	1	2	2	8	2	1	1	0	1	2	2	9	
46	86		1	2	2	2	2	2	2	12	1	1	0	0	1	0	1	4	
47	87		1	1	1	2	2	1	2	9	2	0	2	1	1	2	0	8	
48	81	1		2	2	2	2	2	2	12	2	2	2	1	2	2	2	13	
49	88		1	1	2	2	1	2	2	10	2	0	1	0	1	2	2	8	
50	86		1	1	1	1	2	2	2	9	2	0	0	0	0	1	1	4	3

Tabela I - Dependências

				Grau de Dependência															
		Sexo		Escala de Katz							Escala de Lawton							Grau de dor	
Nº ordem	Idade	M	F	1	2	3	4	5	6	Total	1	2	3	4	5	6	7	Total	
51	89		1	1	2	2	2	2	2	11	2	1	1	0	1	1	2	8	
52	92		1	1	1	2	2	1	1	8	2	0	0	0	1	1	1	5	3
53	80	1		1	1	2	1	1	2	8	1	0	0	1	1	0	0	3	2
54	78		1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	2	4
55	87		1	1	1	1	1	1	1	6	2	1	1	1	1	1	0	7	4; 5
56	88		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
57	90		1	1	1	1	1	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
58	78		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
59	84		1	2	2	2	1	2	2	11	1	1	1	1	1	1	1	7	
60	77		1	2	2	1	1	2	2	10	2	1	1	1	1	2	2	10	
61	75		1	2	2	2	2	2	2	12	2	1	2	2	1	1	2	11	
62	75	1		2	2	2	2	0	2	10	1	1	1	1	1	1	1	7	
63	85		1	1	1	1	1	2	2	8	2	1	1	1	1	2	2	10	
TOTAL		17	46																6

Tabela II - Diagnósticos

Nº ordem	Diagnóstico Principal	Patologias associadas/ Situações de fragilidade																						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19				
1	K77, K80	1		1				1	1						1				1					
2	N87, T90	1		1	1		1	1	1	1					1				1					
3	K90, P76	1	1	1		1	1	1	1					1				1						
4	N99			1				1	1						1			1	1					
5	L20,S87	1		1				1	1	1							1	1						
6	K78,S97	1		1				1					1			1	1							
7	K86	1		1				1	1						1									
8	U79, A01	1		1		1	1	1	1					1			1	1	1	1				
9	P76	1		1		1		1	1						1				1					
10	S97	1		1	1		1	1	1					1				1	1					
11	K78,P76	1		1	1	1	1	1	1					1				1	1					
12	P74	1			1												1							
13	T90, Z20	1				1		1	1						1	1								
14	K82,R81, S97	1		1	1	1	1	1	1					1				1	1	1				
15	P76,K86,T89	1				1		1	1					1										
16	P76,K90	1	1	1		1		1	1						1									
17	N87,P76	1		1		1		1	1						1					1				
18	P76,K86, H86	1				1		1	1						1									
19	K87,K89,K80,P76,T90	1				1		1	1															
20	K86,P76,B80,T82	1		1		1		1	1															
21	T90,S97			1				1	1					1						1				
22	K95	1						1	1						1				1					
23	K86,H86,R95,L91,X76,K83	1		1				1	1						1									
24	P76,N81, S97			1		1		1	1					1					1					
25	P76,L89,K86	1				1									1									
	Sub - Total	22	2	18	5	14	6	23	22	2				6		6	0	1	4	14	4	7	11	3

Tabela II - Diagnósticos

Nº ordem	Diagnóstico Principal	Patologias associadas/ Situações de fragilidade																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
26	P70	1		1	1	1	1		1										1			
27	K77, L91	1						1	1										1			
28	L90, K77	1		1		1		1	1						1	1	1		1			
29	P76,L20,K77,P70	1		1		1		1	1							1						
30	L90, K77	1		1				1	1							1			1	1		
31	U04,K86,S97,L03,L89	1		1	1			1	1			1				1			1			
32	T90,P76,B73,N99	1		1		1		1	1		1						1	1	1			
33	N28,P70,K78	1		1	1		1	1	1		1								1			
34	P76,K82,L75	1		1		1	1	1	1						1	1		1	1	1		
35	L90,K77,S91,P76,R95,K80	1		1		1		1	1			1			1			1				
36	P70,N87,P76,N99, B80	1		1	1	1	1	1	1						1	1		1	1			
37	K87,N87	1		1	1	1	1	1	1						1	1		1	1			
38	T90,K77,K78,L91,K86	1		1		1		1	1						1			1		1		
39	P73,P76	1		1		1		1	1								1		1			
40	Y85,R79	1		1				1	1							1		1		1		
41	S91,Y85,K93,L91	1		1	1	1		1	1			1				1		1	1	1		
42	T89,K86,P83	1		1		1			1					1	1	1		1				
43	P76,K86,N87,K90	1	1	1	1	1	1		1	1				1	1	1	1			1		
44	K86	1						1	1													
45	T90,K87,L75	1		1		1		1	1	1				1	1	1		1		1		
46	K78,P70,K90,T90,P76,K86	1		1	1	1	1		1						1							
47	T90	1			1	1	1		1											1		
48	P76	1				1																
49	P76,K86	1			1	1		1	1	1					1			1				
50	L95,K77,R79	1		1		1		1	1						1	1		1				
	Sub - Total	25	1	20	10	19	8	19	24	3		2		3	0	3	12	13	4	12	13	7

Tabela II - Diagnósticos

Nº ordem	Diagnóstico Principal	Patologias associadas/ Situações de fragilidade																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
51	L75,N87,P74,K86,P76	1		1		1		1	1	1				1	1					1	
52	L28,N08,L91,P20,A01,P76	1				1		1	1				1						1		
53	K86,P20,P76,U04,L90,P70	1		1		1	1												1		
54	N99,N28,P76,N08,S97	1		1		1		1	1	1		1		1				1	1		
55	P76,K86,U99,L86,L89	1		1		1		1	1	1				1					1		
56	K86,P76	1		1		1	1	1	1		1							1	1		
57	T90,P18,K86,L95,L91	1		1				1						1	1						
58	K90,K78,K87,P70	1	1	1	1		1	1	1		1				1				1	1	
59	K77,K86,L90,K95	1		1				1						1	1			1			
60	K77,K86,L89,L90,L95	1						1	1					1				1			
61	T90,T82,P76,L90,K77,K86	1		1		1		1						1							
62	T82,K78,K87,T90,K77	1		1			1			1				1					1		
63	P74,L84,L91,K86	1		1				1	1						1						
	Sub - Total	13	1	11	1	7	4	11	8	4	2	2	0	1	8	5	0	4	7	2	
	TOTAL	60	4	49	16	40	18	53	54	9	10	1	0	5	24	32	8	2	3	31	12

Tabela III – Identificação de necessidades

Identificação de necessidades																							
Nºordem	Continuidade de cuidados no domicílio				Vigilância e tratamentos complexos											Necessidades de ensino/treino doente/ cuidadores						Cuidados Paliativos	Controlo de sintomas
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6		
1																1							
2		1																	1				
3		1		1												1							
4		1	1										1			1				1	1		
5																1		1			1		
6	1																						
7		1		1																			
8	1	1	1		1		1												1	1	1		
9				1													1	1	1				
10	1	1		1												1	1				1		
11		1		1												1	1				1		
12		1		1												1	1	1	1				
13		1		1												1	1	1	1				
14	1	1		1												1	1				1		
15		1															1	1	1				
16				1																			
17		1									1												
18		1																					
19				1																			
20				1																			
21	1																						
22																							
23				1													1	1	1				
24	1	1	1	1																	1		
25		1																					
Sub-Total	6	15	3	13	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	9	8	6	7	3	6	1	3

Tabela III – Identificação de necessidades

Nºordem	Identificação de necessidades																										
	Continuidade de cuidados no domicílio				Vigilância e tratamentos complexos											Necessidades de ensino/treino doente/ cuidadores						Cuidados Paliativos	Controlo de sintomas				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6						
51				1													1										
52				1														1									
53				1																1							
54	1	1		1													1	1									1
55		1		1														1									1
56	1	1															1										
57		1		1														1									1
58		1															1										
59				1														1	1								
60		1		1		1												1	1								
61		1		1														1	1	1							
62				1														1	1	1							
63		1																									
Sub-Total	2	8	0	10	0	1	0	3	9	4	3	0	0	0	0	0	3										
TOTAL	12	34	5	39	2	3	0	1	0	0	4	1	1	0	0	19	28	17	15	5	12	1	0	0	13		

Tabela IV – Avaliação social

Nº ordem	Avaliação Social																						
	Com quem vive						De quem recebe apoio								Tipo de apoio recebido								
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1								1	1	1	1			1		1		1	1			
2	1									1	1						1	1		1	1		
3			1							1	1				1	1	1	1	1	1			
4	1								1	1					1	1	1	1	1	1	1		
5	1								1	1				1			1	1	1	1	1		
6	1									1				1				1					
7	1								1	1	1				1	1	1		1	1			
8	1								1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1		
9	1									1	1				1	1	1		1	1			
10	1								1	1	1				1	1	1	1	1	1			
11	1								1	1	1				1	1	1	1	1	1			
12			1					1	1	1				1				1	1				
13	1							1	1	1				1	1			1	1				
14	1								1	1	1				1	1	1	1	1	1			
15	1									1				1			1						
16	1								1	1	1				1	1	1		1	1			
17						1			1	1	1				1	1	1		1	1			
18	1								1	1	1				1	1	1		1	1			
19	1								1	1	1				1	1	1		1	1			
20	1								1	1					1	1	1		1	1			
21	1								1	1						1			1	1			
22	1								1	1	1				1	1	1		1	1			
23						1			1	1	1				1	1			1	1			
24	1								1	1				1		1	1		1	1			
25			1						1	1	1					1			1	1			
Sub-Total	20	0	3	0	0	2	0	2	20	25	16	7	2	0	18	23	20	7	24	23	2	0	

Tabela IV – Avaliação social

Nº ordem	Avaliação Social																					
	Com quem vive						De quem recebe apoio								Tipo de apoio recebido							
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
26	1								1	1					1	1	1		1	1		
27	1								1	1	1				1	1	1		1	1		
28			1					1	1	1		1			1	1	1		1	1		
29					1				1	1						1			1	1		
30			1					1		1		1			1	1	1		1	1		
31			1							1		1				1			1	1		
32	1								1	1	1				1	1	1	1	1	1		
33	1								1	1	1	1			1	1	1		1	1		
34	1								1	1	1	1			1	1	1	1	1	1		
35	1								1	1	1	1	1				1	1	1	1		
36					1					1				1		1	1	1	1	1		
37					1					1				1		1	1	1	1	1		
38	1								1	1					1	1		1	1	1		
39	1								1	1	1				1	1			1	1		
40	1								1	1					1	1	1	1	1	1	1	
41	1								1	1					1	1	1	1	1	1		
42			1						1	1	1				1	1		1	1	1		
43			1						1	1	1				1	1	1		1		1	
44	1								1	1						1			1	1		
45			1						1	1		1				1		1	1	1		
46						1			1	1	1				1	1			1	1		
47	1								1	1	1					1	1					
48	1								1	1	1					1			1	1		
49	1								1	1	1	1				1	1	1	1	1		
50			1						1	1		1				1		1	1	1		
Sub-Total	14	0	7	0	3	1	0	2	18	25	13	9	2	0	16	24	15	12	25	23	2	0

Tabela IV – Avaliação social

Nº ordem	Avaliação Social																					
	Com quem vive						De quem recebe apoio								Tipo de apoio recebido							
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
51	1								1	1						1			1	1		
52	1								1		1					1			1	1		
53	1								1	1	1	1			1	1	1		1	1		
54	1								1	1	1	1			1	1	1	1	1	1		
55	1								1	1					1	1	1		1	1		
56	1								1	1					1	1	1	1	1	1		
57	1								1	1		1			1	1	1		1	1		
58	1								1	1					1	1	1		1	1		
59	1								1	1						1		1	1	1		
60			1						1	1		1			1	1		1	1	1		
61	1								1	1					1							
62	1								1	1					1	1			1	1		
63	1								1	1					1	1	1		1	1		
Sub-Total	12	0	1	0	0	0	0	0	11	13	3	5	0	0	10	12	7	4	12	12	0	0
TOTAL	46	0	11	0	3	3	0	4	49	63	32	21	4	0	44	59	42	23	61	58	4	0

Tabela V – Reabilitação

Nº ordem	Medicina Física	Cinesiterapia	Massagem	Terapia Ocupacional	Exercício Físico Adaptado	Reabilitação Específica	Prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado
1							
2				1			
3				1			
4	1	1	1	1	1	1	1
5							
6							
7				1			
8							1
9							
10							1
11							1
12				1	1	1	
13				1	1	1	
14		1				1	1
15			1				1
16							
17		1					
18	1						
19							
20							
21							
22							
23							
24	1				1		
25				1			
Sub-Total	3	3	2	7	4	4	6

Tabela V – Reabilitação

Nº ordem	Medicina Física	Cinesiterapia	Massagem	Terapia Ocupacional	Exercício Físico Adaptado	Reabilitação Específica	Prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado
26							
27				1			
28				1			
29							
30							1
31							
32							1
33							
34					1		
35					1		
36					1		
37					1		
38					1		
39							
40							
41	1	1		1	1	1	
42							
43							
44							
45						1	
46							
47							
48							
49							
50							
Sub-Total	1	1	0	3	6	2	2

Tabela V – Reabilitação

Nº ordem	Medicina Física	Cinesiterapia	Massagem	Terapia Ocupacional	Exercício Físico Adaptado	Reabilitação Específica	Prevenção e tratamento das complicações desenvolvidas pelo acamamento prolongado
51							
52							
53							
54		1	1		1	1	
55	1	1	1			1	
56							1
57							1
58							1
59							
60						1	
61					1		
62							
63	1					1	
Sub-Total	2	2	2	0	2	4	3
TOTAL	6	6	4	10	12	10	11

Questionário de recursos

	Sim	%
1. Consulta médica programada	13	100,00
2. Cuidados de enfermagem programados	13	100,00
3. Visita domiciliária não programada	12	92,31
4. Orientação telefónica em intercorrências	13	100,00
5. Prestação de cuidados superior a 1 vez por dia	3	23,08
6. Prestação de cuidados superior a 1h30min, para além de 3 dias por semana	4	30,77
7. Prestação de cuidados para além do horário de funcionamento da USF	1	7,69
8. Prestação de cuidados a doente não abrangido pela USF ou outra unidade do CS	0	0,00
9. Fisioterapia	3	23,08
10. Psicologia	11	84,62
11. Terapia ocupacional	0	0,00
12. Assistência social	13	100,00
13. Cuidados paliativos	2	15,38
14. Educação para a saúde	13	100,00
15. Suporte formativo ao familiar/ cuidador	9	69,23
16. Registo clínico individual dos utentes	12	92,31
17. Protocolos de fornecimento de fármacos abrangidos por legislação especial	3	23,08
18. Protocolos clínicos para resolução dos sintomas mais frequentes	8	61,54
19. Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais	12	92,31
Total de respostas	13	