



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RAQUEL MARIA DE CERQUEIRA ARMINDO

***Sinais e sintomas em Unidades de Cuidados Continuados
Integrados: estudo exploratório***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE OUTRAS ÁREAS DA MEDICINA

Trabalho realizado sob orientação de:
MARÍLIA ASSUNÇÃO RODRIGUES FERREIRA DOURADO
MARIA JOSÉ FERREIRA FERROS HESPANHA

03/2021

**Sinais e sintomas em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: estudo
exploratório**

Raquel Maria de Cerqueira Armindo

Aluna da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Maria José Ferreira Ferros Hespanha

Coordenadora Regional do Programa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Marília Assunção Rodrigues Ferreira Dourado

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada institucional:

Marília Assunção Rodrigues Ferreira Dourado
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Polo III- Ciências da Saúde
Unidade Central, R/C
Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-548 Coimbra
Portugal

RESUMO

Introdução: A realidade atual espelha o envelhecimento da população e as suas necessidades de apoio multidisciplinar. A fim de reforçar o Serviço Nacional de Saúde, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) pelo Decreto-Lei n. 101/2006 de 6 de junho, onde estão incluídas as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR).

Objetivos: Efetuar uma caracterização do perfil sociodemográfico e de sinais e sintomas dos doentes internados em UMDR e refletir sobre a adequação da referenciação para estas unidades.

Métodos: Efetuou-se um estudo quantitativo, descritivo, transversal, observacional e retrospectivo, em duas UMDR do distrito de Leiria, com análise dos registos clínicos de julho a dezembro de 2019, para recolha de dados sociodemográficos, dos diagnósticos principais e dos sinais e sintomas apresentados durante o internamento, com recurso à Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2).

Resultados: Os doentes são predominantemente do sexo feminino, com média de idade de 78 anos. Os diagnósticos mais prevalentes foram doença cerebral vascular aguda (28,4%), fratura do colo do fémur (16,3%), pneumonia adquirida na comunidade (5,7%) e fratura do trocânter (4,3%). Os sinais e sintomas mais prevalentes recaíram sobre os aparelhos/sistemas: musculoesquelético, nervoso/psicológico, pele, urinário, gastrointestinal, respiratório, circulatório e endócrino.

Conclusões: Os sinais e sintomas recolhidos vão ao encontro das patologias mais frequentes e são alvo de intervenção farmacológica e/ou não farmacológica. De acordo com os diagnósticos mais prevalentes, os doentes são alvo de reabilitação, que é a base das UMDR. O facto de a larga maioria dos doentes ficar internada por um prazo médio de três meses, significa que se atingem os objetivos propostos no internamento e que as intercorrências são, na sua maioria, resolvidas. Neste contexto, conclui-se que, no geral, a referenciação é efetuada de forma adequada.

Palavras-chave

Sinais e sintomas, Rede de Cuidados Continuados, RNCCI, Unidade de Média Duração e Reabilitação

ABSTRACT

Introduction: Currently, reality reflects the aging of the population and its needs for multidisciplinary support. In order to strengthen the Portuguese National Health Service, a National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI) was created by the Law no. 101/2006 of June 6th, which includes the Medium Term and Rehabilitation Units (UMDR).

Objectives: To characterize the socio-demographic profile, signs and symptoms of patients admitted to UMDR, and to reflect on the appropriateness of the referral to these units.

Methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional, observational and retrospective study was carried out in two UMDRs in the district of Leiria, with analysis of clinical records, from July to December 2019, to collect socio-demographic data, main diagnoses and signs and symptoms presented during hospitalization, using the International Classification of Primary Care (ICPC-2).

Results: Patients are predominantly female, average age 78 years. The most prevalent diagnoses were acute vascular brain disease (28,4%), femur neck fracture (16,3%), community-acquired pneumonia (5,7%), trochanter fracture (4,3%). The most prevalent signs and symptoms were on musculoskeletal, nervous/psychological, skin, urinary, gastrointestinal, respiratory, circulatory and endocrine systems.

Conclusions: The collected signs and symptoms meet the most frequent pathologies and have been target of pharmacological or non-pharmacological interventions. According to the most prevalent diagnoses, patients undergo rehabilitation, which is the basis of the UMDRs. The fact that the vast majority of patients are hospitalized for an average period of three months means that the objectives proposed for the hospitalization are reached and that the complications are mostly resolved. In this context, it is concluded that, in general, referencing is appropriately carried out.

Key-words

Signs and symptoms, long term care network, RNCCI, medium term care and rehabilitation unit

INTRODUÇÃO

A realidade atual espelha o envelhecimento da população, consequência quer do aumento da esperança média de vida e da não renovação de gerações, quer das mudanças do perfil patológico da população, com o peso crescente e significativo das doenças crónicas.¹

Portanto, à medida que a população envelhece, os sistemas de saúde têm que se adaptar para que possam proporcionar os devidos cuidados à população.²

Com o objetivo de reforçar o Serviço Nacional de Saúde, de forma a melhorar as respostas às situações de dependência, reforçar a autonomia e melhorar a capacidade das famílias para lidar com as situações de multi-morbilidade, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto-Lei n. 101/2006 de 6 de Junho³, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Os cuidados continuados integrados constituem-se como um conjunto de intervenções de saúde e sociais, com vista a uma recuperação global, cujo objetivo fundamental é promover a autonomia e a funcionalidade, com foco na reabilitação e reinserção familiar e social, através da atuação de uma equipa multidisciplinar. A prestação de cuidados centra-se em unidades de internamento: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), equipas de suporte comunitário e equipas hospitalares: Equipas de Gestão de Alta (EGA).³

A tipologia de unidade escolhida como alvo do presente estudo foi a UMDR, com o propósito de direcionar a pesquisa para a caracterização dos doentes internados nesta tipologia da RNCCI, o que justifica uma descrição prévia do funcionamento destas unidades em termos de características e recursos utilizados.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho³ identifica, mais detalhadamente no Artigo 15º, as UMDR como unidades de internamento com as seguintes características: “A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, (...) para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.”

A finalidade é a estabilização clínica e a avaliação e reabilitação da pessoa num período de internamento que não ultrapasse os 90 dias, mas que não seja inferior a 30 dias consecutivos.³ Neste contexto, é fundamental conhecer e acompanhar as características

clínicas da população internada em UMDR, de forma a identificar quais as patologias mais frequentes, assim como os sinais e sintomas mais comumente observados, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados, tornando-os os melhores cuidados possíveis. Broeiro-Gonçalves et al⁴ reiteram esta importância quando mencionam que compreender o padrão de multi-morbilidade, associada a maior complexidade dos cuidados a prestar; à redução da qualidade de vida e aos custos em saúde, pode facilitar a integração de cuidados e melhorar a qualidade de vida dos doentes. Aqueles autores referem a relevância de se compreender o padrão de combinações de doenças crónicas/sintomatologia associada, mas que, apesar disso, a investigação e conhecimento nesta área permanecem limitados.

De acordo com Martins et al⁵, a dependência não é exclusiva de um determinado grupo etário, no entanto o seu predomínio encontra-se na população mais idosa. Nas camadas mais jovens a dependência aparece, na maioria dos casos, associada a situações de deficiência congénita ou adquirida. No caso dos idosos, a dependência, é muitas vezes, uma consequência do envelhecimento. O idoso tende a tornar-se menos ativo, as suas capacidades físicas são reduzidas e, com isso, observam-se alterações físicas, psicológicas e sociais, que condicionam e agravam a dependência.

É importante analisar indicadores como o número de quedas, úlceras de pressão ou funcionalidade, para desta forma prestar os cuidados mais adequados. Nos doentes internados em UMDR seria enriquecedor também analisar os sinais e sintomas que o doente apresenta desde o dia da admissão até ao momento da alta da unidade, a fim de avaliar a evolução e resposta aos tratamentos efetuados, a sua adequação e eficácia.

Existe uma escassez de estudos relativamente a UMDR e também sobre os sinais e sintomas que prevalecem na população de doentes admitidos nas mesmas, pelo que o objetivo deste trabalho foi analisar o perfil sociodemográfico e os sinais e sintomas mais frequentes em doentes admitidos em UMDR da RNCCI, de forma a refletir sobre a sua referenciação para esta tipologia de unidades.

MÉTODOS

Efetuuou-se um estudo exploratório, quantitativo, descritivo, transversal, observacional e retrospectivo. A recolha de dados foi efetuada por consulta de processos individuais e a classificação da doença, sinais e sintomas foi feita com recurso à Classificação Internacional de Cuidados Primários(ICPC-2).

Este estudo realizou-se em duas UMDR localizadas no Centro de Portugal Continental, no distrito de Leiria. Foram incluídos todos os doentes que estiveram internados no período compreendido entre Julho e Dezembro de 2019, num total de 141 pessoas. A recolha de dados obedeceu aos critérios éticos e às devidas restrições impostas pela Lei da Proteção de Dados Pessoais. A recolha foi efetuada por um profissional de saúde devidamente habilitado e competente, de entre os profissionais de cada unidade onde foi efetuado o estudo. A investigadora não teve qualquer contacto ou acesso aos processos clínicos. A recolha e identificação/registo dos sinais e sintomas foi efetuada com recurso à ICPC-2. Desta forma é possível a comparação com outros estudos, já que se trata de um instrumento que é amplamente usado nos cuidados de saúde primários⁶. Por categorizar com detalhe os sinais e sintomas dos vários órgãos e sistemas, foi a escolhida para esta investigação.

As variáveis em estudo sociodemográficas foram as seguintes: idade, sexo e concelho de residência. As variáveis orientadas para a clínica foram o diagnóstico usado na referência (apenas o diagnóstico principal), duração do internamento e os sinais e sintomas apresentados durante o internamento. Na análise da informação recolhida foram utilizadas medidas de estatística descritiva (média, mediana e frequências). Os dados foram registados num ficheiro Excel®, identificados por código a que só a investigadora tinha acesso, em seguida exportados para a ferramenta estatística IBM SPSS, v. 27.0 para o sistema operativo Windows 10. O estudo foi submetido e mereceu a aprovação das direções das UMDR da RNCCI onde decorreu da Comissão de Ética da ARS do Centro.

RESULTADOS

De forma a caracterizar sumariamente a população, foram recolhidos dados sociodemográficos (idade, sexo e concelho de residência). A amostra foi composta por 141 doentes. Relativamente à variável sexo, verificou-se a prevalência do sexo feminino, 53,2% (n=75), enquanto o sexo masculino representou 46,8% (n=66), A idade dos doentes foi em média de 78 anos, mediana de 80 anos, com idade mínima de 29 e máxima de 97 anos. A

proveniência dos doentes foi a do seu concelho de residência, a maioria do concelho de Leiria, seguida de concelhos limítrofes. A exceção foide dois doentes provenientes do concelho de Coimbra e um do concelho de Cantanhede.

No que concerne a variáveis orientadas para a clínica, foram analisadas as seguintes: diagnóstico de referência, tempo de internamento e sinais e sintomas apresentados durante o internamento. O diagnóstico de referência usado neste estudo foi apenas o primário ou principal, sendo os mais prevalentes: doença cerebral vascular aguda (28,4%), fratura do colo do fémur (16,3%), pneumonia adquirida na comunidade (5,7%) e fratura do trocânter (4,3%). Na Tabela 1 encontra-se a listagem de todos os diagnósticos encontrados e a sua incidência na amostra.

Tabela 1 – Distribuição dos diagnósticos de referência às UMDR, por sexo e no total.

Diagnóstico de referência		Fem	Masc	Total
Doença vascular cerebral aguda	N	18	22	40
	% *	12,8%	15,6%	28,4%
Pneumonia adquirida na comunidade	N	3	5	8
	% *	2,1%	3,5%	5,7%
Fratura do colo do fémur	N	15	8	23
	% *	10,6%	5,7%	16,3%
Fratura trocânter	N	5	1	6
	% *	3,5%	0,7%	4,3%
Desnutrição proteica	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Sintomas relativos aos sistemas nervoso e muscular	N	3	0	3
	% *	2,1%	0,0%	2,1%
Septicémia	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Paralisias faciais e dos membros inferiores	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Neoplasia maligna da próstata	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Vasculite	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Diabetes mellitus	N	1	3	4
	% *	0,7%	2,1%	2,8%
Doença de Parkinson	N	0	3	3
	% *	0,0%	2,1%	2,1%
Peritonite	N	1	1	2
	% *	0,7%	0,7%	1,4%
Fratura dos côndilos occipitais	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Doença Alzheimer	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
EAM	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Glioblastoma	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Esclerose lateral amiotrófica	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%

Fratura da coluna vertebral	N	2	1	3
	% *	1,4%	0,7%	2,1%
Fraturas torácicas	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Infeção trato urinário	N	3	2	5
	% *	2,1%	1,4%	3,5%
Ferida crónica	N	2	0	2
	% *	1,4%	0,0%	1,4%
Intoxicação medicamentosa voluntária	N	0	2	2
	% *	0,0%	1,4%	1,4%
TCE	N	2	3	5
	% *	1,4%	2,1%	3,5%
Síndrome mielodisplásico não especificado	N	1	1	2
	% *	0,7%	0,7%	1,4%
Insuficiência cardíaca congestiva	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
TEP	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Hemorragia gastrointestinal	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Artrite Reumatóide	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Cirrose hepática alcoólica	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Laminectomia cervical descompressiva	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Tumor cerebral	N	1	1	2
	% *	0,7%	0,7%	1,4%
Esclerose múltipla	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Afeções do cérebro NCOP	N	2	3	5
	% *	1,4%	2,1%	3,5%
Osteoartrose e doenças associadas	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Distúrbio de comportamento	N	1	1	2
	% *	0,7%	0,7%	1,4%
Endocardite	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Hipertensão	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%
Aterosclerose	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Luxação anca	N	1	0	1
	% *	0,7%	0,0%	0,7%
Aneurisma e disseção da aorta	N	0	1	1
	% *	0,0%	0,7%	0,7%

* Percentagem relativa ao total da população em estudo (n=141)

O tempo de internamento foi avaliado em formato de meses. A média foi de 3,1 meses e a mediana de 3 meses. O tempo de internamento mínimo foi cerca de 10 dias e o máximo foi de 8 meses.

Os sinais e sintomas foram contabilizados e codificados com recurso à ICPC-2. Cada sinal/sintomas apresenta um código alfanumérico seguido da sua definição e do

sistema/aparelho correspondente. Os dez mais incidentes nesta amostra foram os seguintes:

- L28 – limitação funcional/incapacidade (Sistema músculo-esquelético) – 60,3%;
- P20 – alteração da memória (Psicológico) – inclui “desorientação – 44,7%”;
- S19 – lesão cutânea, outra (Pele). - inclui úlceras de pressão – 31,9%;
- U04 – incontinência urinária (Aparelho urinário) – 27%;
- D21 – problema de deglutição (Aparelho digestivo) – inclui “disfagia” – 26,2%;
- D12 – obstipação (Aparelho digestivo) – 26,2%;
- L18 –dor muscular (Sistema músculo-esquelético) – 24,8%;
- R05– tosse (Sistema respiratório) – 23,4%;
- P06 –perturbação do sono (Psicológico) – inclui “insónia” e “sonolência” – 19,9%;
- D10 –vómitos (Aparelho digestivo) – 19,1%;

Na Tabela 2 é possível verificar a recolha de todos os dos sinais e sintomas, para o total da população e sua distribuição por sexo.

Tabela 2 – Prevalência dos sinais e sintomas para o total da população e a sua distribuição por sexo

Diagnóstico	Total	% relacionada à população total
A01 – dor generalizada/múltipla	N= 23 (FEM-18; MASC-5)	16,3%
A04 – debilidade/cansaço geral	N= 8 (FEM-5; MASC-3)	5,7%
A05 – sentir-se doente	N= 6 (FEM-3; MASC-3)	4,3%
D01–dor/cólicaabdominal generalizada	N= 9 (FEM-4; MASC-5)	6,4%
D09 - náusea	N= 10 (FEM-5; MASC-5)	7,1%
D10 - vómitos	N= 27 (FEM-13; MASC-14)	19,1%
D11 - diarreia	N= 14 (FEM-7; MASC-7)	9,9%
D12 - obstipação	N= 37 (FEM-19; MASC-18)	26,2%
D13 - icterícia	N= 2 (FEM-0; MASC-2)	1,4%
D16 – hemorragia retal	N= 3 (FEM-2; MASC-1)	2,1%
D17 – incontinência intestinal	N= 26 (FEM-17; MASC-9)	18,4%
D21 – problema de deglutição	N= 37 (FEM-18; MASC-19)	26,2%
D29 – sinal/sintoma digestivo, outro	N= 2 (FEM-2; MASC-0)	1,4%
F02 – olho vermelho	N= 4 (FEM-1; MASC-3)	2,8%
F03 – secreção ocular	N= 3 (FEM-1; MASC-2)	2,1%
F05 – perturbação visual, outra	N= 17 (FEM-10; MASC-7)	12,1%
F13 – sensação ocular anormal	N= 2 (FEM-1; MASC-1)	1,4%
H02 – problema de audição	N= 21 (FEM-9; MASC-12)	14,9%

K07 – tornozelos inchados/edema	N= 22 (FEM-12; MASC-10)	15,6%
K29 – sinal/sintoma cardiovascular, outro	N= 19 (FEM-16; MASC-3)	13,5%
L01 – sinal/sintoma do pescoço	N= 2 (FEM-2; MASC-0)	1,4%
L18 – dor muscular	N= 35 (FEM-19; MASC-16)	24,8%
L20 – sinal/sintoma da articulação NE	N= 2 (FEM-1; MASC-1)	1,4%
L28 – limitação funcional/incapacidade	N= 85 (FEM-46; MASC-39)	60,3%
N01 - cefaleia	N= 15 (FEM-10; MASC-5)	10,6%
N05 - formigueiro	N= 3 (FEM-2; MASC-1)	2,1%
N08 – movimentos involuntários anormais	N= 3 (FEM-1; MASC-2)	2,1%
N17 – vertigens/onturas	N= 2 (FEM-1; MASC-1)	1,4%
N18 – paralisia/fraqueza	N= 26 (FEM-11; MASC-15)	18,4%
N19 – perturbação da fala	N= 22 (FEM-11; MASC-11)	15,6%
P01 – sensação de ansiedade/ nervosismo/tensão	N= 10 (FEM-6; MASC-4)	7,1%
P03 – sensação de depressão	N= 11 (FEM-6; MASC-5)	7,8%
P04 – sentir-se /comportar-se de forma irritável /zangada	N= 7 (FEM-1; MASC-6)	5,0%
P06 – perturbação do sono	N= 28 (FEM-12; MASC-16)	19,9%
P20 – alteração de memória	N= 28 (FEM-12; MASC-16)	44,7%
P29 – sinal/sintoma psicológico, outro	N= 4 (FEM-1; MASC-3)	2,8%
R01 – dor atribuída ao aparelho respiratório	N= 2 (FEM-2; MASC-0)	1,4%
R02 – dificuldade respiratória/dispneia	N= 16 (FEM-9; MASC-7)	11,3%
R03 – respiração ruidosa	N= 23 (FEM-11; MASC-12)	16,3%
R05 - tosse	N= 33 (FEM-15; MASC-18)	23,4%
R25 – expetoração/mucosidade anormal	N= 11 (FEM-6; MASC-5)	7,8%
S02 - prurido	N= 7 (FEM-3; MASC-4)	5,0%
S17 - abrasão	N= 13 (FEM-7; MASC-6)	9,2%
S18 - laceração	N= 4 (FEM-2; MASC-2)	2,8%
S19 – lesão cutânea, outra	N= 45 (FEM-24; MASC-21)	31,9%
T03 – perda de apetite	N= 1 (FEM-0; MASC-1)	0,7%
T07 – aumento de peso	N= 14 (FEM-9; MASC-5)	9,9%
T08 – perda de peso	N= 22 (FEM-10; MASC-12)	15,6%
T11 - desidratação	N= 2 (FEM-2; MASC-0)	1,4%
U01 - disúria	N= 14 (FEM-10; MASC-4)	9,9%
U02 – micção frequente/urgente	N= 7 (FEM-5; MASC-2)	5,0%
U04 – incontinência urinária	N= 38 (FEM-25; MASC-13)	27,0%
U05 – problema com micção, outro	N= 10 (FEM-3; MASC-7)	7,1%
U06 - hematúria	N= 12 (FEM-5; MASC-7)	8,5%
U07 – sinal/sintoma, outro	N= 20 (FEM-12; MASC-8)	14,2%
X14 – secreção vaginal	N= 7 (FEM-7; MASC-0)	5,0%

Relativamente aos diagnósticos mais registados, foi efetuada, para cada um, uma análise acerca dos sinais/sintomas mais predominantes, tal como se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Prevalência dos sinais e sintomas nos diagnósticos de referenciação mais frequentes

Diagnóstico	Sinais/Sintomas
Doença vascular cerebral aguda	L28 – limitação funcional/incapacidade; N18 – paralisia/fraqueza; P20 – alteração da memória; N19 – perturbação da fala; D21 – problema de deglutição.
Fratura do colo do fémur	P20 – alteração da memória; L28 – limitação funcional/incapacidade; L18 – dor muscular; U04 – incontinência urinária; D17 – incontinência intestinal.
Pneumonia adquirida na comunidade	L28 – limitação funcional/incapacidade; A03 – febre; D10 – vômitos; R05 – tosse; P03 – sensação de depressão.
Fratura do trocânter	K07 – tornozelos inchados/edema; P06 – perturbação do sono; N01 – cefaleia; L28 – limitação funcional/incapacidade; L18 – dor muscular.

DISCUSSÃO

A RNCCI foi criada para satisfazer as necessidades dos doentes em cuidados continuados de uma maneira integrada e coordenada a nível nacional, numa interface entre cuidados hospitalares e cuidados primários, sem esquecer a vertente social. Trata-se de um modelo de resposta diversificada e devidamente preparada num processo coordenado de referenciação para a RNCCI e de gestão de altas.^{7,8} De forma a avaliar se a referenciação foi realizada de forma apropriada, é preciso avaliar se a doença e as suas possíveis sequelas, assim como se os sinais e sintomas que os doentes apresentaram ao longo do internamento, estavam de acordo com o preconizado para cada a tipologia. Verificando-se uma grande escassez de publicações nesta área efetuou-se o presente estudo, com recolha e análise dos sinais e sintomas presentes em doentes em tipologia UMDR, para avaliar por um lado se a referenciação era a mais apropriada e se as UMDR estavam capacitadas para atender às necessidades dos doentes.

Os dados sociodemográficos mostram um predomínio do sexo feminino nas unidades incluídas no estudo, o que está de acordo com outros autores, como Santana et al⁹ que referem que as mulheres, além de estarem presentes em maior número, apresentam uma duração dos seus internamentos superior aos homens em todas as tipologias. Os mesmos autores referem que estes resultados são mais significativos quando se trata de UMDR.

Os diagnósticos mais frequentes, acidente vascular cerebral (AVC), fratura do colo do fémur e pneumonia adquirida na comunidade, têm, nos seus registos, associados os sinais e sintomas esperados e adequados à condição identificada, como sejam sintomas musculoesqueléticos, sistema nervoso, aparelho gastrointestinal e sintomas respiratórios.

Os sinais e sintomas relativos ao sistema musculoesquelético estão predominantemente relacionados com as fraturas registadas. Neste contexto, o encaminhamento para uma UMDR é uma mais-valia para a recuperação dos doentes e a sua inserção, de novo, na comunidade. Contudo, caso os sintomas musculoesqueléticos surjam num quadro de limitação funcional relacionado com alterações motoras devido a afeção do sistema nervoso central, nomeadamente AVC ou outra doença crónica ou num quadro de imobilidade pela idade, a reabilitação é uma arma terapêutica que, mesmo nestas situações pode contribuir para recuperar alguma autonomia, mobilidade e alívio de sofrimento, mas será mais demorada, pelo que a referenciação a UMDR parece ser o mais adequado.

Relativamente ao sinal de “alteração da memória” considera-se a questão como mais controversa, porque, por exemplo, este sinal foi registado por incluir o fenómeno da desorientação. Na definição da ICPC-2 não está especificado se se trata de desorientação no tempo e/ou espaço. Verificou-se que a desorientação foi transversal, quer na distribuição por sexo quer na distribuição nas várias patologias predominantes e pode ter várias etiologias que não foram diferenciadas no presente estudo.

A desorientação pode ter várias causas, sejam condições reversíveis ou irreversíveis, sendo particularmente prevalente na população mais idosa. Seitz et al¹⁰ referem que, em cuidados de longa duração, a demência, depressão e perturbação de ansiedade são as patologias mais comuns nos idosos internados. Woodhouse et al¹¹ acrescentam que os doentes que vivem em unidades de cuidados de longa duração (LTC – *long term care*) apresentam alto risco de *delirium* e existe pouca evidência de intervenções que o possa prevenir. Tendo em conta este paradigma de patologia neurodegenerativa, é expectável que a população internada nas UMDR siga este padrão de morbilidade, o que pode deixar em aberto a questão da referenciação para estas unidades, em que a duração de internamento tem um

limite de noventa dias e pode limitar o alcance dos objetivos delineados para a duração do internamento.

Haupt et al¹²efetuaram um estudo sobre o impacto da demência, da depressão e do *delirium* no resultado do tratamento de doentes de um serviço de geriatria, comparativamente a indivíduos sem sintomas psiquiátricos. Neste estudo refere-se que existiram diferenças significativas durante o tratamento e nos resultados em comparação com o grupo de controlo.

Killington et al¹³efetuaram um estudo sobre a reabilitação de doentes com fratura da anca em que parte da população apresentava demência. Nesse estudo concluiu-se que a reabilitação necessitaria de técnicas inovadoras, flexíveis e de persistência significativa para promover a adesão, sobretudo para os doentes com demência em estado avançado.

Neste contexto, é discutível se pessoas que apresentem quadros confusionais e de desorientação (sem contexto de reversibilidade, tal como as síndromes demenciais) se existe algum benefício em serem encaminhados para UMDR, porque podem não ter a capacidade colaborar com os vários profissionais que estão relacionados com a reabilitação psico-motora, não sendo a recuperação/reabilitação uma possibilidade viável, pelo menos no prazo estabelecido de noventa dias. O bem-estar dos doentes é a prioridade dos cuidados, pelo que o mais adequado será orientar os mesmos para unidades onde estes possam permanecer num ambiente que lhes proporcione estabilidade em termos de internamento e equipa.

A situação relacionada com alteração cutânea, nomeadamente úlcera de pressão, foi muito evidente na amostra do presente estudo. Anthony et al¹⁴, num estudo de prevalência de úlceras de pressão em cuidados de longa duração, contabilizou percentagens entre 3,3% e 32,4%. Estes dados estão de acordo com os encontrados neste estudo em que a prevalência de úlceras foi de 31,9%. As UMDR são unidades que têm como um dos pressupostos a prevenção e tratamento de úlceras de pressão, pelo que a referenciação dos doentes com úlceras de pressão deve ser feita para estas unidades, muito embora úlceras de graus mais avançados possam necessitar de internamentos mais longos do que os noventa dias.

Os sintomas urinários são bastante prevalentes na amostra, nomeadamente no sexo feminino, pois cerca de 70% dos doentes referiu sintomatologia compatível nesta área, o que se afigura indicativo de infeções urinárias. A utilização de dispositivos absorventes ou

cateteres urinários favorece esta realidade. Matthews et al¹⁵ referem que as infeções urinárias são comuns na população idosa e o espectro de apresentação de sintomas varia entre os sinais clássicos e apresentações atípicas, tais como letargia, *delirium* ou anorexia. Rowe et al¹⁶ referem que, em cuidados de longa duração, a infeção do trato urinário é responsável por 30 a 40% de todas as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Os sinais e sintomas relacionados com o sistema gastrointestinal são consideravelmente prevalentes nesta amostra (cerca de 80%), o que está de acordo com outros estudos. Num estudo efetuado por Ortega et al¹⁷ afirma-se que a disfagia é muito prevalente no idoso, podendo estar presente entre 27 e 91% da população com mais de 70 anos. A disfagia foi reconhecida como uma síndrome geriátrica pela sua alta prevalência e a sua relação com co-morbilidades e consequências, tais como malnutrição, infeção respiratória, entre outras. Relativamente a outro sintoma prevalente no idoso – obstipação – a *Canadian Agency of Drugs and Technologies in Health*¹⁸ afirma que a obstipação pode ser idiopática ou ser secundária a fatores como a dieta, farmacoterapia ou a outras patologias e apresenta incidência populacional entre 2 e 27%, o que está de acordo com a amostra deste estudo. No estudo de Huffman¹⁹ é referido que a perda de peso involuntária (que também foi um resultado evidente deste estudo) está relacionada com depressão especialmente em doentes internados em unidades de longa duração, mas também com neoplasias, patologia cardíaca ou doenças gastrointestinais. A terapia farmacológica pode também ser um fator contribuinte para náuseas, vómitos e anorexia. Dado que todos estes sintomas foram prevalentes nesta amostra, as várias etiologias poderão estar relacionadas.

A sintomatologia respiratória na população deste estudo demonstrou uma prevalência significativa de 60%. Relativamente a este tema, Jump et al²⁰ referem que as infeções respiratórias baixas são uma das principais causas de morbilidade e mortalidade entre os idosos. Nos Estados Unidos da América a pneumonia afeta 1,4 a 2,5% dos idosos residentes em instituição de cuidados de longa duração.

As perturbações do sono também são comuns, tal como foi possível observar na amostra (20%). Guimarães et al²¹ referem no seu estudo em idosos institucionalizados em unidades de longa duração que um sono de má qualidade é prejudicial em vários aspetos na vida do idoso. Existe compromisso na velocidade de resposta, na memória, na concentração e no desempenho. Deste modo, é necessário atentar na premissa de que o sono é essencial para que o tratamento e a reabilitação sejam eficazes.

Relativamente ao défice sensorial, o mais comum nesta amostra foi o problema de audição (15%). Mitoku et al²² efetuaram um estudo em idoso, com média de idade de 80 anos, em que encontraram uma prevalência de 70% de défice de visão e/ou audição. Acredita-se que

no presente estudo nem sempre se tenha registado estes défices em relação aos utentes da amostra. Considerando que, estes défices podem comprometer o sucesso da reabilitação, deveriam ser mais valorizados e os profissionais deveriam estar mais atentos ao seu registo, o que possibilitaria as intervenções necessárias com vista ao seu controlo.

A dor, importante sinal vital, surge numa percentagem significativa de doentes, o que pode ser compreensível pela quantidade considerável de diagnósticos predominantemente relacionados com fratura/trauma, mas não exclusivamente desse contexto. No contexto de estudo atual a dor soma cerca de 40% (“dor muscular” e “dor generalizada/múltipla”). De acordo com o estudo de Gibson²³ a prevalência da dor em idosos institucionalizados varia entre 25 e 65%. De acordo com Ellis-Smith et al²⁴, existem muitos estudos que afirmam que existe sub-tratamento da dor no idoso, especialmente em contexto de demência. Esta realidade deve-se a vários fatores, tais como o facto de os doentes não se queixarem por acharem que a dor é uma parte natural do envelhecimento ou por alguma barreira, tal como um deficit cognitivo ou a afasia.

CONCLUSÃO

Os cuidados continuados integrados destinam-se a toda a população que tenha critérios de referenciação mas, regra geral, é a população mais idosa que apresenta mais necessidades, mais complexas, no que respeita aos cuidados de saúde.

Este estudo foi realizado para identificarsinais/sintomas, apresentados ao longo do internamento em UMDR, e a partir daí caracterizar com maior detalhe as necessidades, tendo-se concluído que estas são adequadas à tipologia de UMDR, para a qual os doentes foram referenciados. Esta observação está em conformidade com o preconizado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)²⁵ que refere que a admissão numa UMDR pressupõe uma situação de dependência com os pressupostos de necessidade de cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes, reabilitação intensiva, necessidade de medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva, prevenção ou tratamento de úlceras, manutenção e tratamento de estomas, depressão, confusão e desnutrição, com potencial de

recuperação a médio prazo e síndrome de imobilização. De acordo com estes pressupostos, conclui-se que os sinais e sintomas encontrados têm resposta neste tipo de unidades.

Os diagnósticos mais prevalentes são alvo de reabilitação, que é a base das UMDR. Os sinais e sintomas apresentados com maior prevalência são alvo de atitudes terapêuticas, sejam farmacológicas ou não farmacológicas. Uma vez que a larga maioria dos doentes fica internada por um prazo médio de três meses, significa que se atingem os objetivos propostos no internamento e que as intercorrências são, na sua maioria, resolvidas. Neste contexto, é observado, uma vez mais, que a referenciação foi efetuada de forma adequada.

A escassez de investigação nesta área sugere que seria útil efetuar estudos mais aprofundados sobre as características da população de doentes da RNCCI. Como exemplo diga-se que os diagnósticos secundários não foram alvo de análise neste estudo, e seria importante para caracterizar a população e estudar as necessidades dos doentes de forma mais concreta. Relativamente aos sinais e sintomas seria útil estudar quais as terapêuticas (farmacológicas ou não farmacológicas) que são utilizadas e quais são os *outcomes* das mesmas, desta forma poder-se-ia avaliar e refletir sobre a prestação de cuidados e sobre a composição, formação e atualização das equipas/recursos existentes nas instituições. Este tipo de estudos poderia ser alargado a um panorama geográfico superior e a outras tipologias da RNCCI.

Sendo este um estudo exploratório, sugere-se a realização de mais estudos relativamente à questão da reabilitação de doentes com alterações cognitivas, de forma a perceber se a reabilitação é eficaz e quais as melhores estratégias para as UMDR.

Relativamente à ICPC-2 existiu uma limitação em termos de utilização, pois esta classificação apresenta algumas imprecisões que condicionaram a recolha de dados, nomeadamente com a apresentação de alguns sintomas/sinais como diagnósticos (ex: hipo ou hiperglicémia). Esta escala apresenta algumas inexatidões e/ou falta de rigor científico relativamente à terminologia utilizada (ex: “tornozelo inchado” ou “urina escura”), pelo que deveria ser alvo de revisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de saúde primários agora mais que nunca. 2008.
Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf. Acedido em 02 Jan 2021.
2. Gaspar, V. Perfil Epidemiológico dos Utentes Consumidores da Rede de Cuidados Continuados Integrados do distrito de Bragança. MhD. Instituto Politécnico de Bragança; 2015.
3. Decreto-Lei nº 101/2006. DR. Série I – A 109 (2006.06.06) 3856 – 3865. Procede à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
4. Broeiro-Gonçalves P, Aguiar P, Loureiro I. Magnitude, padrão e gravidade da multimorbidade em idosos assistidos pelas equipas de Cuidados Continuados Integrados: estudo transversal. Rev Port de Med Geral Fam. 2019; 35(2), 83-97.
5. Martins R, Henriques T, Carvalho N. Impacto do internamento na rede nacional de cuidados continuados integrados na melhoria dos níveis da capacidade funcional dos utentes. Gestão edesenvolvimento. 2018;(26):177-91.
6. Pinto D, Corte-Real S. Codificação com a classificação internacional de cuidados primários (ICPC) por internos de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2010; 26(4)
7. Campos, A. C. de. Reformas da saúde. Coimbra: Almedina, 2008.
8. Boquinhas, J. M. Políticas e sistemas de saúde. Coimbra: Almedina, 2012.
9. Santana R, Marques P, Lopes S, Boto P, Telles L, Félix S, et al: A Influência das Características dos Prestadores e dos Utentes no Consumo de Recursos em Unidades de Cuidados Continuados. Port J Public Health 2017; 35:114-125.
10. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr. 2010 Nov;22(7):1025-39.

11. Woodhouse R, Burton JK, Rana N, Pang YL, Lister JE, Siddiqi N. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Apr 23;4(4).
12. Haupt M, Jänner M, Richert F. Die Bedeutung psychischer Störungen für den stationär akutergeriatrischen Behandlungsverlauf: ein explorative Untersuchung [Impact of psychiatric disorders on the outcome of acute geriatric inpatient treatment: an exploratory investigation]. *Z Gerontol Geriatr*. 2020 Dec;53(8):749-755.
13. Killington, M, Davies, O, Crotty, M, Crane R, Pratt N, Mills K, et al. People living in nursing care facilities who are ambulant and fracture their hips: description of usual care and an alternative rehabilitation pathway. *BMC Geriatr* 2020 20, 128.
14. Anthony D, Alosoumi D, Safari R. Prevalence of pressure ulcers in long-term care: a global review. *J Wound Care*. 2019 Nov 2;28(11):702-709.
15. Matthews S, Lancaster J. Urinary tract infections in the elderly population. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011 Oct;9(5):286-309.
16. Rowe TA, Juthani-Mehta M. Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infect Dis Clin North Am*. 2014;28(1):75-89.
17. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(7):576-582.
18. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. *Treatments for Constipation: A Review of Systematic Reviews*; 2014.
19. Huffman G. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician*. 2002;65(4):640-50.
20. Jump R, Crnich C, Mody L, Bradley S, Nicolle L, Yoshikawa T. Infectious Diseases in Older Adults of Long-Term Care Facilities: Update on Approach to Diagnosis and Management. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Apr;66(4):789-803.

21. Guimarães L, Brito T, Pithon K, Jesus C, Souto C, Souza S et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. *Ciênc. saúde coletiva*. 24(9): 3275-3282.
22. Mitoku, K, Masaki, N, Ogata, Y. et al. Vision and hearing impairments, cognitive impairment and mortality among long-term care recipients: a population-based cohort study. *BMC Geriatr*. 2016.
23. Gibson S. Pain and aging: The pain experience over the adult lifespan. In: Dostrovsky JO Carr DB Koltzenburg M, eds. *Proceedings of the 10th World Congress on Pain*. Seattle, WA: IASP Press; 2003:767–790.
24. Ellis-Smith C., Evans C, Bone, A et al. Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: a systematic review. *BMC Med*. 2016.
25. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua. Lisboa, 2011.[citado 02 Jan 2021].
Disponível em:
http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.
Acedido em 02 Jan 2021.