Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2010

Álvaro Ferreira Cadima

A PESSOA ALECTUADA: QUALIDADE DE CUIDADO E POTENCIAL DE REABILITAÇÃO

Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde

2010

Álvaro Ferreira Cadima

A PESSOA ALECTUADA: QUALIDADE DE CUIDADO E POTENCIAL DE REABILITAÇÃO

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Prof. Doutor José Ignácio Guinaldo Martin, Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Projecto apoiado pela Unidade de Investigação
e Formação sobre Adultos e Idosos - UnIFai

Dedico este trabalho à minha esposa, filhas, pais e orientador, pelo incansável apoio e compreensão.

o júri

presidente

Prof. Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida
Equiparada a Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria Helena Gomes dos Reis
Professora Auxiliar do Instituto Superior Bissaya Barreto

Prof. Doutor José Ignácio Guinaldo Martín
Professor Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

No presente trabalho propõe-se identificar Indicadores de Qualidade de cuidado do *Resident Assessment Instrument* e a sua aplicação em pessoas *alectuadas*, assim como analisar os utentes com possibilidade de reabilitação. A colaboração de *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, dos EUA, foi um contributo importante para a realização deste trabalho, assim como a colaboração e empenho de um grupo de doutorandos da Secção Autónoma de Ciências da Saúde e da UnIFai. Agradeço de forma especial, o empenho, a dedicação e o conhecimento disponibilizados pelo meu orientador Prof. Doutor Ignácio Martin.

Muito Obrigado

palavras-chave *Alectuado, Resident Assessment Instrument*, Indicadores de Qualidade, Reabilitação.

resumo

Introdução: A pessoa doente *alectuada* requer avaliação específica para melhoria da qualidade do cuidado e possível reabilitação. Neste sentido, optou-se por um instrumento de avaliação e rastreio com Indicadores de Qualidade (IQ) orientados para a pessoa *alectuada.* Este trabalho inclui dois estudos. O primeiro descreve e avalia a amostra global e o segundo avalia um caso da amostra que evidencia possibilidades de reabilitação. **Objectivos:** Este trabalho tem como primeiro objectivo descrever e avaliar um grupo de pessoas *alectuadas* quanto à qualidade de cuidado, através de um conjunto de IQ do *Resident Assessment Instrument* (RAI). Optou-se por este instrumento de avaliação pela sua ampla abrangência, padronização das áreas de cuidado, pela metodologia de avaliação, onde inclui o utente, e pela sua actualidade. Um segundo objectivo é analisar os casos com potencial de reabilitação, indicados no questionário, assim como identificar os itens que desencadeiam as áreas de cuidado específicas para a possível reabilitação. **Amostra:** É constituída por um grupo de 11 sujeitos, 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 71 e 91 anos, cuja mediana é de 81 anos, *alectuados* e residentes em 4 lares de idosos. Para a análise de sujeitos referenciados com potencial de reabilitação, optou-se pela metodologia do Estudo de Caso, para análise dos casos da amostra global, indicados no item G0900B, com potencial de reabilitação funcional. **Resultados - Estudo 1:** Identificaram-se no RAI 15 IQ mais adequados à pessoa *alectuada.* No estudo, os IQ deste conjunto mais frequentes são o *Declínio e Perda Final de AVD (100%), a Presença e Risco de Úlceras de Pressão* (*81,8%),* a *Presença de Incontinência da Bexiga ou Intestinos (81,8%), o Uso de Restrições Físicas (63,6%),* e a *Presença de Sintomas de Depressão (54,5 %)*. **Resultados - Estudo 2:** Analisou-se 1 utente em 4 referenciados no instrumento. A análise dos factores predisponentes para o *alectuamento* do sujeito indica a depressão como possível causa. Os indicadores do RAI *dispararam* as áreas de avaliação de cuidado e intervenção no *Delirium*, *Bem-estar psicossocial*, *Estado de humor*, *Estado nutricional e Uso de psicotrópicos.* **Conclusões:** Todos os utentes se encontram em declínio final das AVD. No entanto, a adequabilidade do RAI na avaliação das actividades e do estado funcional deveria ser mais específico para doentes *alectuados*. A presença de úlceras de pressão, ou risco, denota má qualidade nos serviços prestados e, possivelmente, escassez de trabalhadores nestes equipamentos. Os utentes incontinentes não têm programas de treino de continência. As restrições físicas mais usadas são dispositivos de cama, pelo que seria importante analisarem-se as razões da sua utilização. Os cuidados à depressão são fracos neste grupo específico de doentes. Achamos importante a inclusão da administração da vitamina D na lista de IQ do RAI, sabendo que as pessoas *alectuadas* raramente ou nunca têm exposição solar. Na análise do *estudo de caso*, verifica-se que a institucionalização precoce do utente foi, eventualmente, um factor importante, para desencadear um possível quadro de *depressão major* que, sem uma adequada intervenção nas áreas de cuidado indicadas pelo RAI, precipitou o *alectuamento* do sujeito.

keywords Bedridden, Resident Assessment Instrument, Quality Indicators, Rehabilitation.

abstract

Introduction: Bedridden patient requires specific assessment to improve the quality of care, and possible rehabilitation. In this sense, we opted for an assessment tool and screening with Quality Indicators (QIs) oriented for bedridden people. This work includes two studies. The first describes and evaluates the overall sample, and the second evaluates the case of sample that showed possibilities of rehabilitation. **Objectives:** This study has as first objective describe and evaluate a group of bedridden patients about the quality of care by selecting a set of IQ in the Resident Assessment Instrument (RAI). We chose this tool for assessment, due to its wide scope, standardization of care areas, where the evaluation methodology includes the user, and its timeliness. A second objective is the analysis of cases with potential for rehabilitation, indicated by team of caregivers at the facility, as well as identifying a set of indicators that triggers the specific care areas for possible rehabilitation **Sample:** It consists of a group of 11 subjects, 10 females and one male, aged between 71 and 91 years, the median was 81 years old and bedridden residents in four nursing homes. As for the case study was a single patient selected from the overall sample, after analysis of the item G0900B, where the team indicated the potential of functional rehabilitation. **Results - Study 1** Were identified 15 IQ in RAI more suitable for bedridden people. The QIs more frequent in this group are Final Decline and Loss of ADL (100%), Presence and Risk of Pressure Ulcers (81.8%), the Presence of Bowel or Bladder Incontinence (81.8%), the Use of Physical Restraints (63.6%), and Presence of Symptoms of Depression (54.5%). **Results - Study 2:** We analyzed one of four patients marked by the instrument. The analysis of factors predisposing that made the person bedridden, indicates the depression as a possible cause. The indicators of the RAI unleashed areas of assessment and intervention in delirium, psychosocial well-being, mood state, nutritional status and use of psychotropic drugs. **Conclusions:** With regard to ADLs all the patients are in final decline. However, the suitability of the RAI in assessing the ADLs and functional status should be more specific for bedridden patients. The presence of pressure ulcers or risk denotes a bad quality of services and possibly shortages of workers in these facilities. Patients with incontinence do not use training programs. As for the physical restraints are used, mostly bedding devices, so it would be important examine the reasons for its use. Cares for depression are weak in this particular group of patients. In the group of more appropriate QIs to bedridden patients, it is important to include vitamin D, knowing that the bedridden people rarely or never have sunlight, essential condition for the synthesis of vitamin D3. In analyzing the case study, it appears that early institutionalization of the user was possibly an important factor in triggering a possible framework for major depression. In this situation there should have been an appropriate and rapid assistance in the areas of care indicated by the RAI.

ÍNDICICE GERAL

ÍNDICE DE ANEXOS VII

ÍNDICE DE TABELAS VIII

SIGLAS E ABREVIATURAS IX

CAPÍTULO 1. A QUALIDADE DE CUIDADOS NA PESSOA ALECTUADA

1. A Condição de Alectuado e Indicadores de Qualidade do Cuidado 1
2. *Resident Assessment Instrument*
   2.3 Origem do *Resident Assessment Instrument* 3
   2.4 Área de Avaliação de Cuidados 4
   2.5 Efeitos do RAI na Qualidade 8
3 Indicadores de Qualidade Orientados para o Doente *Alectuado* 9
   3.1 Presença de Úlceras de Pressão 11
   3.2 Administração de Vitamina D 12
   3.3 Existência de Perda Ponderal 13
   3.4 Presença de Alimentação Enteral/Tubo de Alimentação 13
   3.5 Presença de Desidratação 14
   3.6 Existência de Infecção do Tracto Urinário 15
   3.7 Presença de Incontinência da Bexiga ou Intestino 16
   3.8 Utilização de Cateter 17
   3.9 Presença de Impactação Fecal 18
   3.10 Uso de Antipsicóticos ou Psicofármacos 19
   3.11 Uso de Medicamentos Ansiolíticos e Hipnóticos 20
   3.12 Uso de Polifarmácia 21
   3.13 Uso de Restrições Físicas 22
   3.14 Declínio e Perda Final de Actividades da Vida Diária 23
   3.15 Sintomas de Depressão 24
   3.16 Depressão Sem Terapia Antidepressiva 25

CAPÍTULO 2. CONTRIBUTO PESSOAL

1. Objectivos 27
2. Metodologias
   2.1 Amostra 28
   2.2 Identificação da Amostra 28
   2.3 Instrumentos.
      2.3.1 *Resident Assessment Instrument* 30
      2.3.2 Procedimentos 30
3 Resultados
   3.1 Avaliação da Audição, Fala e Visão 31
   3.2 Padrões Cognitivos 32
   3.3 Estado de Humor 34
   3.4 Estado Funcional 35
   3.5 Bexiga e Intestino 41
   3.6 Diagnóstico de Doenças Activas 42
   3.7 Condições da Pele 44
   3.8 Medicação Recebida 44
   3.9 Tratamentos Especiais e Procedimentos 45
   3.10 Restrições Físicas 46
   3.11 Participação na Avaliação 47
   3.12 Resumo dos IQ da Amostra 47
4 Estudo de Caso
   4.1 Introdução 50
   4.2 Perfil do Sujeito 50
   4.3 Análise do caso 53
5 Discussão 55
   5.1 Heterogeneidade da Amostra 55
   5.2 Adequabilidade do RAI a Pessoas A*lectuadas* 56

BIBLIOGRAFIA 58

ANEXOS 61

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - *Resident Assessment Instrument* 61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Lista de itens disparadores das AAC - MDS 3.0, versão 1.0 5

Tabela 2 - 20 Áreas de Avaliação de Cuidados 8

Tabela 3 - Factores associados aos IQ orientados para doentes *alectuados* 10

Tabela 4 - Secção A. Identificação da Amostra 29

Tabela 5 - Secção A. Origem e tempo de institucionalização 29

Tabela 6 - Descrição dos dados da Secção B - Audição, fala e visão da amostra 32

Tabela 7 - Secção C. Padrões Cognitivos - Resultados do BIMS 33

Tabela 8 - Secção C. Sinais e Sintomas de Delirium (do CAM) 33

Tabela 9 - Secção D. Humor - Severidade da Depressão (PHQ-9) 35

Tabela 10 - Secção G. Estado Funcional - Assistência nas AVD 36

Tabela 11 - Secção G. Item G0120 - Banho 38

Tabela 12 - Secção G. Item G0300 - Equilíbrio Durante as Transições e Marcha 39

Tabela 13 - Secção G. Item G0400 - Limitações Funcionais 40

Tabela 14 - Secção G. Dispositivos de mobilidade/potencial reabilitação 40

Tabela 15 - Secção H. Bexiga e Intestino 41

Tabela 16 - Secção I. Diagnóstico Doenças Activas 42

Tabela 17 - Secção J. Outras Condições de Saúde 43

Tabela 18 - Secção K. Estado Deglutição/Nutricional 43

Tabela 19 - Secção M. Condições da Pele 44

Tabela 20 - Secção N. Medicação 45

Tabela 21 - Secção O. Tratamentos Especiais e Procedimentos 45

Tabela 22 - Secção O. Tratamentos Especiais e Procedimentos 46

Tabela 23 - Secção P. Item P0100 - Restrições Físicas 46

Tabela 24 - Secção Q. Item Q0100 - Participação na Avaliação 47

Tabela 25 - Síntese de resultados dos IQ 49

Tabela 26 - Descrição dos itens do MDS e respectivos disparadores das AAC 54

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAC	-	Área de Avaliação de Cuidados
AIT	-	Ataque Isquemia Transitório
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVD	-	Actividades da Vida Diária
BIMS	-	*Brief Interview for Mental Status*
CAA	-	*Care Area Assessment*
CAM	-	*Confusion Assessment Method*
CAT	-	*Care Area Trigger*
CMS	-	*Centers for Medicare & Medicaid Services*
DA	-	Doença de Alzheimer
DP	-	Doença de Parkinson
EUA	-	Estados Unidos da América
IQ	-	Indicador de Qualidade
MDS	-	*Minimum Data Set*
MR/DD	-	*Mental Retardation and Developmental Disabilities*
OBRA87	-	*Congress Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	-	*Patient Health Questionnaire Observation*
RAI	-	*Resident Assessment Instrument*
RAP	-	*Resident Assessment Protocols*
SPSS	-	*Statistical Package for the Social Sciences*
UnIFai	-	Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos
UP	-	Úlcera de Pressão
WC	-	Casa de banho

CAPÍTULO 1. A QUALIDADE DE CUIDADOS NA PESSOA ALECTUADA

1. A Condição de *Alectuado* e Indicadores de Qualidade do Cuidado

Encontra-se frequentemente em bibliografia a denominação "alectuado", substituindo a designação "acamado". O termo "alectuado" é um latinismo com base no substantivo latino *lectu*, «cama», que deu lugar ao substantivo, da língua portuguesa, leito. (Louro, 2008).

O *alectuamento* pode resultar de múltiplos factores conjugados entre si, especialmente na idade avançada (Bernardo, 2008). Doenças do foro físico, psicológico e mental, debilidade generalizada, instabilidade na marcha e equilíbrio, isolamento social, desconhecimento de ajudas técnicas - são factores preponderantes que podem levar a alterações funcionais, a alterações de foro psicológico e mental, a alterações das funções orgânicas, levando consequentemente ao *alectuamento* (idem). Por outro lado, a hospitalização de pessoas idosas e consequente *alectuamento*, pode colocá-las em risco de imobilização, devido à alta propensão de deterioração nas suas funcionalidades e ao aparecimento de complicações, muitas vezes sem relação com o seu diagnóstico de admissão (Michel e Meza, 1996).

Os lares de idosos, onde muitos utentes se encontram confinados ao leito, devem assegurar uma boa prática de planos de cuidados, regulada por processos de avaliação e Indicadores de Qualidade (IQ), cientificamente validados, prevenindo o agravamento da morbidade e outras condições de saúde associadas ao *alectuamento*. Neste sentido, torna-se necessário identificar objectivamente que práticas de cuidado são consideradas internacionalmente como as mais adequadas a este tipo específico de utentes.

O comité do *Institute of Medicine* (EUA) optou pela definição consensual de qualidade de cuidado como sendo "o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade dos resultados de saúde desejados e são consistentes com os actuais conhecimentos profissionais " (Lohr, 1990), definição que engloba diferentes dimensões de cuidados a serem avaliados para se obter um benefício que deverá reflectir o bem-estar e a satisfação do utente, o estado geral de saúde e medidas de qualidade de vida, os processos de interacção utente - equipa de cuidadores e tomada de decisão (idem). Os

cuidados prestados devem ter como base os conhecimentos profissionais e científicos actuais (idem). Os IQ fornecem uma base quantitativa de elementos aos cuidadores e às organizações, cujo objectivo é melhorar os processos de cuidado e o atendimento do utente. São baseados em padrões de atendimento derivados da literatura e evidências científicas (Mainz, 2003). Não são uma medida directa de qualidade porque a qualidade é multidimensional (idem). Devem ser sensíveis para indicarem a presença ou ausência de práticas de cuidados potencialmente pobres (Zimmerman *et al*., 1995). Os primeiros IQ foram desenvolvidos por pesquisadores do *Center for Health Systems Researche and Analys* da Universidade de Wisconsi-Madison, através de um processo sistemático e multidisciplinar, teste empírico e testes de campo (idem).

Os IQ que derivam da informação da avaliação do *Minimum Data Set* (MDS), compilada em bancos de dados informatizados (Rantz e Popejoy, 1998) é utilizada nos EUA, em programas governamentais de saúde e de segurança social *Medicaid* e *Medicare*, permite a sistematização dos dados da avaliação dos residentes e auxiliam na identificação de problemas de qualidade dos cuidados, assim como determinam a sua natureza (Zimmerman *et al*., 1995). Um IQ ideal deve ser baseado em definições aceites e descrito exaustiva e exclusivamente, ser altamente específico e sensível, ou seja, ele deve detectar alguns falsos positivos e falsos negativos, ser válido e confiável, deve discriminar bem, ser relevante na prática clínica, permitir comparações úteis e ser baseado em evidências (Mainz, 2003).

2. ***Resident Assessment Instrument***

2.1. Origem do *Resident Assessment Instrument (RAI).*

A qualidade dos cuidados prestados aos residentes de lares é uma permanente preocupação global. Nos EUA, o *Health Care Financing Administration* implementou o RAI, fazendo parte de um conjunto de reformas decretadas pelo Congresso dos EUA no *Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987* (OBRA87) (Wiener *et al*., 2007). O RAI e outras disposições do OBRA-87 foram as reformas mais abrangentes desde que os lares de idosos foram regulamentados e os cuidados pagos pelos programas *Medicare* e *Medicaid*, em meados dos anos 60 (idem). A sua promulgação foi gerada pela mudança de padrões no sector de cuidados clínicos e as pelas preocupações com a persistência de problemas de qualidade em lares de idosos (idem). Havia um consenso generalizado de que os sistemas reguladores federais e estaduais eram ineficazes (idem). O OBRA87, constituiu assim, uma oportunidade para garantir a boa prática clínica, criando uma estrutura reguladora que reconhece a importância da avaliação compreensiva e global, como a base para o planeamento e prestação de cuidados aos utentes dos lares de idosos dos EUA (Morris *et al*., 1995).

A equipa de desenvolvimento do RAI começou a trabalhar em Outubro 1988 e estabeleceu 18 grupos de trabalho (Hawes *et al.*, 1997). A primeira tarefa foi a de articular os objectivos que deveriam nortear o desenvolvimento do RAI e a sua sensibilidade para uma avaliação uniforme, abrangente e funcional (idem).

O RAI é constituído por dois componentes: o conjunto de dados mínimos *Minimum Data Set* (MDS) e protocolos de avaliação específica, o *Resident Assessment Protocols* (RAP). O MDS é o componente de rastreio e avaliação do RAI que consiste num conjunto de itens de avaliação abrangente do estado funcional, cognitivo, emocional e uma variedade de outras áreas, incluindo preferências e necessidades do utente (Holtkamp *et al*., 2001). O MDS facilita o desenvolvimento de um conjunto de IQ de cuidados prestados (Zimmerman, 2003). Os RAP, na versão MDS 2.0, identificam 18 áreas clínicas em itens específicos do MDS, que representam áreas de problemas ou de risco para o utente, exigindo o início de planos de cuidado (Wiener *et al*., 2007). Na *Tabela 2* pode observar-se

os itens do MDS e do RAP. Esta avaliação foi concebida para ser realizada, de forma completa, na admissão do utente e anualmente. Além disso, deve ser feita uma revisão trimestral, de um subconjunto de itens, com o objectivo de monitorizar a resposta do utente ao plano de cuidados e determinar se ocorreu mudança suficiente para desencadear uma avaliação mais detalhada (idem).

2.2. Área de Avaliação de Cuidados

Na actual versão MDS 3.0 os RAP deram lugar ao *Care Area Trigger* (CAT) e ao *Care Area Assessment* CAA (Manual RAI, Versão 3.0 - CMS, 2009), que na versão desenvolvida pela UniFai se designa por *Área de Avaliação de Cuidados* (AAC). Os CAT são respostas específicas do MDS, indicadores de 20 áreas particulares de cuidado (AAC) que afectam os utentes.

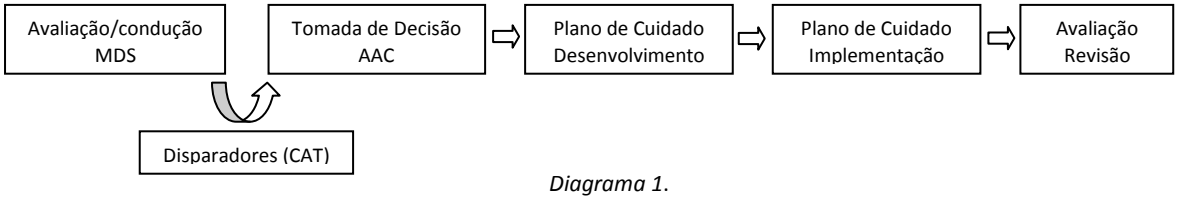

Diagrama 1.

A *Tabela 1* apresenta uma lista consolidada de todos os itens MDS 3,0 utilizados para desencadear as AAC. Os disparadores (*triggers*) sinalizam os potenciais problemas e constituem o elo entre o MDS e o planeamento de cuidados (ver *Diagrama 1*). Cada AAC é composta por informações gerais sobre o problema ou condição; uma lista de itens e respostas do MDS considerados gatilhos ou disparadores para o problema e uma lista de recursos a serem usados para a realização da avaliação/revisão do problema ou condição em particular (idem). Os disparadores são accionados por um sistema automático e informatizado, ou de forma manual para os equipamentos que não utilizam o sistema automatizado (idem). A *Tabela 2* apresenta as 20 áreas de cuidado do RAI. No manual de utilizador do RAI encontram-se as indicações e procedimentos específicos para o funcionamento e interpretação dos CAT e das AAC.

Itens MDS	Descrição
A0310A	Tipo de Avaliação.
B0200	Audição.
B0700	Capacidade para fazer-se Compreender.
B0800	Capacidade para Compreender os Outros.
B1000	Visão.
C0500	Resumo da Pontuação.
C0700	Memória a Curto Prazo OK.
C0800	Memória a Longo Prazo OK.
C1000	Capacidades Cognitivas para a Tomada de Decisões Diárias.
C1300A	Sinais e Sintomas de Delírio – Desatenção.
C1300B	Sinais e Sintomas de Delírio – Pensamento desorganizado.
C1300C	Sinais e Sintomas de Delírio – Nível alterado de consciência.
C1300D	Sinais e Sintomas de Delírio – Lentificação motora.
C1600	Mudança Aguda do Estado Mental.
D0200A1	Entrevista do Humor do Utente - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.
D0200I1	Entrevista do Humor do Utente – Pensamento de que estaria melhor morto, ou automutilar-se.
D0300	Pontuação Total da Severidade do PHQ-9.
D0500A1	Avaliação pelos Funcionários do Humor do Utente - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.
D0500I1	Avaliação pelos Funcionários do Humor do Utente - Pensamento de que estaria melhor morto, ou automutilar-se.
D0600	Pontuação Total da Severidade do PHQ-9.
E0200A	Sintomas Comportamentais Físicos Direccionados a Outros.
E0200B	Sintomas Comportamentais Verbais Direccionados a Outros.
E0200C	Outros Sintomas Comportamentais Não Direccionados a Outros.
E0300	Presença de Sintomas Comportamentais Globais.
E0800	Rejeição de Cuidados: Presença e frequência.
E0900	Deambulação: Presença e frequência.
E1100	Mudança no Comportamento ou Outros Sintomas.
F0500A	Entrevista ao Utente: quão importante é para si ter livros, jornais e revistas para ler?
F0500B	Entrevista ao Utente: quão importante é para si escutar as músicas que gosta?
F0500C	Entrevista ao Utente: quão importante é para si estar perto de animais de estimação?
F0500D	Entrevista ao Utente: quão importante é para si manter-se actualizado quanto às notícias?
F0500E	Entrevista ao Utente: quão importante é par a si fazer coisas com grupos de pessoas?
F0500F	Entrevista ao Utente: quão importante é para si fazer as suas actividades favoritas?
F0500G	Entrevista ao Utente: quão importante é para si ir para a rua tomar ar fresco?
F0500H	Entrevista ao Utente: quão importante é para si participar em cerimónias ou práticas religiosas?
F0600	Principal Inquirido sobre as Preferências de Actividades Diárias.
F0800L	Avaliação pelos Funcionários: Leitura de livros, jornais ou revistas.
F0800M	Avaliação pelos Funcionários: Ouvir música.
F0800N	Avaliação pelos Funcionários: Estar com animais, tais como animais de estimação.
F0800O	Avaliação pelos Funcionários: Manter-se actualizado quanto às notícias.
F0800P	Avaliação pelos Funcionários: Fazer coisas com grupos de pessoas.
F0800Q	Avaliação pelos Funcionários: Participar nas actividades favoritas.
F0800R	Avaliação pelos Funcionários: Passar algum tempo longe do lar de idosos

Tabela 1 - Lista de itens disparadores das AAC - MDS 3.0, versão 1.0 (continua pág. Seguinte)

Itens MDS	Descrição
F0800S	Avaliação pelos Funcionários: Passar algum tempo ao ar livre
F0800T	Avaliação pelos Funcionários: Participar em práticas ou actividades religiosas
G0110A1	Auto-performance AVD – Mobilidade na cama
G0110B1	Auto-performance AVD – Transferências
G0110C1	Auto-performance AVD – Caminhar no quarto
G0110D1	Auto-performance AVD – Caminhar no corredor
G0110E1	Auto-performance AVD – Locomoção na instituição
G0110F1	Auto-performance AVD – Locomoção fora da instituição
G0110G1	Auto-performance AVD – Vestir-se
G0110H1	Auto-performance AVD – Alimentar-se
G0110I1	Auto-performance AVD – Uso da casa de banho
G0110J1	Auto-performance AVD – Higiene pessoal
G0120A	Auto-performance AVD – Banho
G0300A	Equilíbrio – Mudar-se de posição sentada para a posição erecta.
G0300C	Equilíbrio – Marcha (com dispositivo de apoio se utilizado).
G0300D	Equilíbrio – Entrar e sair do WC.
G0300E	Equilíbrio – Transferência de superfície para superfície.
G0900A	O Utente acredita que é capaz de uma maior independência?
G0900B	A equipa de cuidadores acredita que ele(a) é capaz de uma maior independência?
H0100A	Aparelhos/dispositivos – Cateter.
H0100B	Aparelhos/dispositivos – Fralda, colector urinário externo.
H0100C	Aparelhos/dispositivos – Ostomia.
H0100D	Aparelhos/dispositivos – Cateterismo intermitente.
H0300	Continência urinária.
H0400	Continência intestinal.
H0600	Obstipação.
I1700	Polifarmácia – Organismo multirresistente
I2000	Pneumonia.
I2100	Septicemia.
I2200	Tuberculose.
I2300	Infecção do tracto urinário.
I2400	Hepatite vírica (inclui tipo A, B, C, D e E).
I2500	Feridas infectadas.
I4200	Doença de Alzheimer.
I4800	Demência.
I6500	Cataratas, Glaucoma ou Degeneração Macular.
J0400	Frequência da dor.
J0500A	Frequência da dor – a dor dificultou-lhe o sono.
J0500B	Frequência da dor – limitou-lhe as AVD.
J0600A	Intensidade da dor – escala numérica.
J0600B	Intensidade da dor – escala verbal.
J0800A	Avaliação da dor pelos funcionários – sons não verbais.
J0800B	Avaliação da dor pelos funcionários – formas vocais de queixa.
J0800C	Avaliação da dor pelos funcionários – expressões faciais.
J0800D	Avaliação da dor pelos funcionários – movimentos ou posturas de protecção.
J1550A	Condições problemáticas – febre.
J1550B	Condições problemáticas – vómitos.
J1550C	Condições problemáticas – desidratação.

Tabela 1 - Lista de itens disparadores das AAC - MDS 3.0, versão 1.0 (continua pág. Seguinte)

Itens MDS	Descrição
J1550D	Condições problemáticas – hemorragia interna.
J1700A	História de quedas – queda durante o mês antes da admissão.
J1700B	História de quedas – queda 2 a 6 meses antes da admissão.
J1800	Quedas desde a admissão ou avaliação anterior.
K0200A	Altura.
K0200B	Peso.
K0300	Perda ponderal.
K0500A	Abordagem nutricional – Alimentação parentérica/IV.
K0500B	Abordagem nutricional – Alimentação por sonda.
K0500C	Abordagem nutricional – Dieta manipulada.
K0500D	Abordagem nutricional – Dieta terapêutica.
L0200A	Dentário – Dentadura partida ou mal adaptada.
L0200B	Dentário – Sem dentes naturais ou com fragmentos de dentes.
L0200C	Dentário – Tecido da mucosa bocal anormal.
L0200D	Dentário – Cavidades óbvias ou dentes naturais partidos
L0200E	Dentário – Gengivas inflamadas ou sangrentas ou dentes naturais partidos.
L0200F	Dentário – Dor na boca ou face, desconforto ou dificuldade na mastigação.
M0150	O utente está em risco de desenvolver úlcera de pressão.
M0300A	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar - grau 1.
M0300B1	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar - grau 2.
M0300C1	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar - grau 3.
M0300D1	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar - grau 4.
M0300E1	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar inclassificável – penso não removível.
M0300F1	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar inclassificável – necrose ou fibrina.
M0300G1	Nº de úlceras de pressão por cicatrizar inclassificável – tecidos profundos.
M0800A	Evolução das úlceras de pressão – grau 2.
M0800B	Evolução das úlceras de pressão – grau 3.
M0800C	Evolução das úlceras de pressão – grau 4.
M1040A	Infecções no pé.
N0400A	Medicação recebida - antipsicóticos.
N0400B	Medicação recebida – ansiolíticos.
N0400C	Medicação recebida – antidepressivos.
N0400D	Medicação recebida – hipnóticos.
P0100A	Restrições físicas usadas na cama – grades de qualquer tipo.
P0100B	Restrições físicas usadas na cama – restrição do tronco.
P0100C	Restrições físicas usadas na cama – restrição dos membros.
P0100D	Restrições físicas usadas na cama – outras.
P0100E	Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama – restrição do tronco.
P0100F	Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama – restrição dos membros.
P0100G	Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama – cadeira impeditiva do levante.
P0100H	Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama – outras.
Q0600	Referência – foi feita alguma orientação para contactar alguma agência local.
V0100D	BIMS – Entrevista do utente - pontuação total.
V0100E	PHQ-9 – Entrevista do utente - pontuação total.
V0100F	PHQ-9 – Avaliação pelos Funcionários - pontuação total.

Tabela 1 - Lista de itens disparadores das AAC - MDS 3.0, versão 1.0

Item	AAC
V0200A01A	Delirium
V0200A02A	Perda cognitiva/demência
V0200A03A	Função visual
V0200A04A	Comunicação
V0200A05A	Funcionalidade AVD/Potencial reabilitação
V0200A06A	Incontinência urinária e cateter vesical
V0200A07A	Bem-estar psicossocial
V0200A08A	Estado de humor
V0200A09A	Sintomas de comportamento
V0200A10A	Actividades
V0200A11A	Quedas
V0200A12A	Estado Nutricional
V0200A13A	Sonda de alimentação
V0200A14A	Desidratação/manutenção hídrica
V0200A15A	Cuidados dentários
V0200A16A	Úlceras de pressão
V0200A17A	Uso de psicotrópicos
V0200A18A	Restrições físicas
V0200A19A	Dor
V0200A20A	Referência para regresso à comunidade

Tabela 2 – 20 Áreas de Avaliação de Cuidados

2.3. Efeitos do RAI na Qualidade

Desde a implementação do RAI, vários estudos realizados nos EUA, Suécia e Japão, avaliaram os seus efeitos no processo e resultados medidos. Quanto às medidas de processo, nos EUA, o efeito mais positivo deste instrumento foi a melhoria da abrangência e o rigor dos planos de saúde (Hawes *et al*., 1997). No Japão salientam-se, também, as melhorias na qualidade do atendimento (Ikegami *et al*., 1998). Num estudo mais recente sobre os efeitos do RAI, realizado na Suécia, conclui-se que as equipas prestadoras de cuidados desenvolveram um aumento da compreensão das capacidades dos pacientes. A maioria dos trabalhadores prestadores de cuidados refere que o instrumento melhorou a documentação do registo de cuidados (Hansebo *et al*., 1999). Em relação à qualidade dos resultados, num estudo realizado nos EUA, o método RAI mostrou resultados mais positivos quanto ao estado de saúde dos residentes, particularmente sobre a prevalência da desidratação e das úlceras de pressão (Fries *et al*., 1997). O RAI mostrou também efeitos positivos nas taxas de hospitalização (Mor *et al*., 1997). No que diz respeito aos resultados

psicossociais, foram encontrados poucos efeitos positivos (idem). No que respeita à compreensão, humor e distúrbios de comportamento, foi observado menor declínio mas também melhorias pouco significativas (Philips *et al*., 1997). No entanto, todos os efeitos encontrados foram baseados em projectos experimentais não-controlados (idem).

O RAI ajuda muito os trabalhadores dos lares a olharem para os residentes de forma holística, como indivíduos, para quem a qualidade de vida e a qualidade dos cuidados são mutuamente significativos e necessários (Morris *et al.*, 1995). O uso interdisciplinar do RAI promove e enfatiza muito a qualidade do atendimento e a qualidade de vida (idem). As instituições descobriram que o envolvimento interdisciplinar, tais como trabalho social, dietéticos, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, farmácia e actividades no processo RAI, tem fomentado uma abordagem mais abrangente dos cuidados ao residente e uma comunicação reforçada na equipa multidisciplinar (idem).

3. Indicadores de Qualidade Orientados para o Doente Alectuado

Na avaliação e rastreio de pessoas *alectuadas,* verifica-se que nem todos os IQ do RAI se adequam a esta condição específica do grupo estudado. Neste sentido, decidiu-se seleccionar um conjunto de IQ congruentes com a condição de *alectuamento* dos utentes. A *Tabela 3* apresenta os IQ seleccionados e os respectivos factores associados.

IQ p/ alectuados	Factores Associados
Úlceras de Pressão (ver 3.1)	Intrínsecos: Imobilidade, alterações da sensibilidade (lesões neurológicas), incontinência urinária e/ou fecal, alteração do estado de consciência, idade (≤ 5 e ≥ 65 anos), sexo masculino, má oxigenação tecidular (doença vascular, anemia, DPOC, fármacos vasopressores, tabagismo, diabetes mellitus, nefropatia, septicémia), estado nutricional (hipoalbuminemia e hipoproteinemia) (Rocha *et al.*, 2005).
	Extrínsecos: Muito dependentes de cuidados de enfermagem, pressão, forças de tracção, forças de fricção, deficiente reposicionamento, maceração/humidade excessiva (Rocha *et al.*, 2005).
Vitamina D (ver 3.2)	Velhice, dieta pobre em vitamina D, hipertiroidismo, baixa exposição solar, diminuição da síntese cutânea, diminuição absorção intestinal, redução da actividade renal, uso de medicação que interfira no metabolismo da vitamina D (Pedrosa e Castro, 2005).
Perda Ponderal (ver 3.3)	Doença, anorexia, inactividade muscular, má nutrição, (Biolo *et al*, 2007). Depressão, demência, estado comatoso, perturbações na visão, paladar e olfacto, dificuldade na deglutição, anorexia, alcoolismo (Aragão *et al*, 1997).
Alimentação Enteral (ver 3.4)	Desnutrição (hipoalbuminemia, hipoproteinemia), perturb. cognitivas e funcionais, perda ponderal, imobilidade, hospitalização, problemas no tracto digestivo, (Merhi *et al.*, 2009). Depressão, demência, est. comatoso, traum. crânio-encefálicos, perturbações na visão, paladar e olfacto, dificuldade na deglutição, anorexia, alcoolismo (Aragão *et al.*, 1997).
Desidratação (ver 3.5)	Desatenção e cuidados inadequados c/ a ingestão de líquidos (Himmelstein *et al*, 1983). Diarreia, infecções, febre, uso de diuréticos, diminuição da ingestão de líquidos, velhice (< capacidade renal e < sensação de sede), imobilidade e demência, insuficiência de trabalhadores nos lares de idosos (Burger *et al.*, 2000).
Infecção do Tracto Urinário (ver 3.6)	Comorbidade, diminuição cognitiva, incontinência da bexiga e intestino, doenças degenerativas como DA e DP, AVC, hipertrofia prostática nos homens, deficiente níveis de estrogénios na mulher, uso de cateter, refluxo vésico-ureteral, institucionalização (Nicolle, 2001), desidratação (Burger *et al.*, 2000).
Incontinência Bex. e Intestino (ver 3.7)	Problemas urológicos e ginecológicos, distúrbios neurológicos, distúrbios comportamentais e psicológicos, prejuízos funcionais, morbidade, obstipação, uso de laxantes, alimentação enteral, distúrbios neurológicos, distúrbios colo-rectais, dependência funcional (Ouslander e Schnelle, 1995).
Cateter (ver 3.8)	Incontinência irreversível, dependência física, estado funcional (Ouslander e Schnelle, 1995).
Impactação Fecal (ver 3.9)	Obstipação, nutrição: fibras dietéticas e água inadequadas, imobilidade (Araghizadeh, 2005).
Antipsicóticos (ver 3.10))	Problemas de comportamento, alucinações, agressão verbal e físicas associadas com doenças degenerativas como DA e DP (Berg, 2002).
Uso Medicamentos Ansiol. e Hipnóticos (ver 3.11)	Problemas comportamentais, agitação, insónia, estados depressivos, sinais de demência (Mann, 2009).
Polifarmácia (ver 3.12)	Velhice, múltiplas patologias, doenças crónicas, depressão, ansiedade, doenças cardiovasculares, comorbidade, nº de medicamentos prescritos (Medeiros-Souza *et al.*, 2007).
Restrições Físicas (ver 3.13)	Comprometimento cognitivo, dependência física, risco de auto-mutilação (Cabello *et al.*, 2008).
Declínio e perda final das AVD (ver 3.14)	Imobilidade, patologias múltiplas, uso de psicotrópicos, uso de cateter, restrições físicas, ambiente hostil, orientação, comunicação, agitação, estado de ânimo (Michel e Meza, 1996).
Sintomas de Depressão (ver 3.15)	Progressão da idade, sexo, escolaridade, diminuição do sono, perda de prazer nas actividades, perda de energia, tristeza, ansiedade, falta de disposição, pensar muito no passado (Gazalle *et al.*, 2004).
Depressão sem Terap.ª Antidepressiva (ver 3.16)	Disponibilidade de pessoal técnico adequados, resposta do utente (Wells *et al*., 1999).

Tabela 3 - Factores associados aos IQ orientados para doentes alectuados

3.1. Presença de Úlceras de Pressão

As úlceras de pressão (UP) são áreas localizadas de isquemia e necrose tecidular, que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa (Rocha *et al.*, 2005). Uma UP pode desenvolver-se em algumas horas, mas leva muitos meses para ser curada, no mínimo (Jaul, 2008). Constituem um problema de saúde em pessoas *alectuadas* ou pessoas com limitações de mobilidade, principalmente os idosos (Jaul, 2008). São uma importante causa de morbilidade e mortalidade, afectando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores (Rocha *et al.*, 2005). As UP têm um impacto significativo na qualidade de vida relacionada com a saúde, no controlo dos efeitos de morbidade e tratamentos relacionados (Thein *et al.*, 2009). A sua prevenção é de primordial importância em pessoas com esta condição, pois a maioria das UP são evitáveis (Jaul, 2008). As medidas de prevenção devem ser tomadas a partir do momento da imobilização ou da admissão do utente (idem).

As UP são um indicador geral da qualidade do atendimento de *alectuados* (Berlowitz e Wilking, 1993) e denunciam a má qualidade dos cuidados em lares de idosos (Institute of Medicine, 1986). Relativamente ao RAI, este fornece um conjunto importante de dados para a avaliação e prevenção de UP em *alectuados* com cuidados de longa duração (Thein *et al.*, 2009). Podem ser prevenidas com intervenções adequadas e implementação de planos de cuidado, que requerem a coordenação de esforços dos múltiplos prestadores de cuidados (idem). As UP têm um conjunto de *disparadores* na *Secção M* do MDS, abaixamos descriminados, que accionam a área de avaliação de cuidados e respectivo plano de cuidados.

(1) M0150 - O utente está em risco de desenvolver UP
(2) M0300A - Nº de UP por cicatrizar - grau 1
(3) M0300B1- Nº de UP por cicatrizar - grau 2
(4) M0300C1 - Nº de UP por cicatrizar - grau 3
(5) M0300D1 - Nº de UP por cicatrizar - grau 4
(6) M0300E1 - Nº de UP por cicatrizar inclassificável – pensos não removíveis
(7) M0300F1 - Nº de UP por cicatrizar inclassificável – necrose ou fibrina
(8) M0300G1 - Nº de UP por cicatrizar inclassificável – tecidos profundos

(9) M0800A - Evolução das UP – grau 2

(10) M0800B - Evolução das UP – grau 3

(11) M0800C - Evolução das UP – grau 4

(12) M1040A - Infecções no pé

3.2. Administração de Vitamina D

A vitamina D é normalmente produzida na pele, através de um processo fotolítico, agindo num derivado de colesterol, 7-deidrocolesterol, para produzir a pre-vitamina D3. A vitamina D3, a forma natural da vitamina D produzida na pele, e a vitamina D2 derivada da irradiação da ergosterol que ocorre com algum grau em plantas, são os precursores naturais da pro-hormona vitamina D (DeLuca, 2004). A forma hormonal da vitamina D3, a 1.25-hidroxivitamina D3, desempenha diversas funções no organismo, incluindo absorção de cálcio, a absorção de fosfato no intestino, a mobilização de cálcio no osso e a reabsorção de cálcio no rim (idem). A vitamina D é necessária toda a vida, não só para a formação óssea, mas também desempenha um papel importante nos vários sistemas fisiológicos. A sua utilização evita doenças degenerativas e funciona como agente anti-cancro (idem). Na célula muscular esquelética, a vitamina D actua através da ligação a um receptor nuclear e também através da ligação a um receptor de membrana, realizando acções que envolvem o transporte de cálcio, a síntese proteica e a velocidade de contracção muscular. A deficiência de vitamina D, muito frequente nos idosos, está relacionada com aumento da incidência de quedas, com a diminuição da força muscular e com a deterioração do equilíbrio (Pedrosa e Castro, 2005).

Nos doentes de cuidados de longa duração, *alectuados* e não usufruindo de exposição solar, é muito comum haver baixos níveis de vitamina D. A suplementação desta vitamina é muito importante para o aumento significativo das concentrações de 25-hidroxivitamina D (Bjorkman *et al*., 2007).

No RAI não consta a administração da vitamina D como IQ. Não obstante, pela sua importância em *alectuados*, principalmente idosos, propomos incluí-la no grupo dos IQ mais importante em doentes alectuados.

3.3. Existência de Perda Ponderal

As doenças de pessoas *alectuadas* e o envelhecimento fisiológico estão associados à diminuição da actividade muscular (Biolo *et al.*, 2007). Os efeitos específicos da inactividade das funções fisiológicas afectam o volume de proteínas e a consequente diminuição de aminoácidos, levando à disfunção e atrofia muscular (idem).

Os idosos, muitas vezes com perturbações cognitivas, funcionais e de comunicação, têm diminuição da capacidade para se alimentarem e, sem apoio suficiente, se encontram em risco de má nutrição (Aragão *et al.*, 1997). Também a anorexia, uma das maiores consequências da doença, leva à perda de massa gorda (Biolo *et al.*, 2007). Assim, pessoas *alectuadas* e pessoas idosas combinam, frequentemente, a inactividade muscular com um consumo nutricional abaixo das suas necessidades, perdendo massa muscular e massa gorda (idem). Evidências clínicas indicam que a combinação destas premissas resulta numa rápida desnutrição, agravamento do estado clínico, aumento da morbilidade e mortalidade (Biolo *et al.*, 2007; Aragão *et al.*, 1997).

Este item IQ integra a seguinte lista de *disparadores* do Estado Nutricional avaliados na *Secção K* do RAI.

(1) K0200A - Altura
(2) K0200B - Peso
(3) K0300 - Perda ponderal
(4) K0500A- Abordagem nutricional – Alimentação parentérica/IV
(5) K0500B - Abordagem nutricional – Alimentação por sonda
(6) K0500C - Abordagem nutricional – Dieta manipulada
(7) K0500D - Abordagem nutricional – Dieta terapêutica

3.4. Presença de Alimentação Enteral/Tubo de Alimentação

Quando uma pessoa está incapaz de deglutir, recorre-se à alimentação enteral, um método mais fisiológico e uma técnica mais simples que a alimentação parenteral (Aragão *et al*, 1997). Este método consiste em fornecer alimentos através de um tubo de alimentação,

dispositivo designado por *Tubo de Alimentação* ou por *Sonda Enteral*. A sua utilização pode ser temporária, para o tratamento de doenças agudas, ou ao longo da vida, no caso de deficiência crónica (Merhi *et al.*, 2009). A alimentação enteral, ao invés da parenteral, evita a atrofia da mucosa intestinal, previne a translocação bacteriana e permite a utilização de nutrientes indisponíveis por outras vias (Aragão *et al*, 1997).

A terapia nutricional enteral é usada como alternativa bem sucedida para melhorar as condições nutricionais dos utentes a*lectuados*. A manutenção e a recuperação do estado nutricional têm tido bastante sucesso (Merhi *et al.*, 2009). Não obstante, o seu uso é considerado como um indicador de baixa qualidade devido ao facto de que deve ser preferida a ingestão de alimentos por via oral, mesmo que de forma modificada.

O uso de *Tubo de Alimentação* é avaliado na *Secção K – Estado Deglutição/ Nutricional*. E tem o seguinte *disparador* de AAC.

(1) K0500B – Abordagem nutricional - Alimentação por sonda nasogástrica ou abdominal

3.5. Presença de Desidratação

A desidratação juntamente com a desnutrição é um dos mais antigos problemas nos lares de idosos. Os idosos que não recebem quantidade adequada de líquidos são mais susceptíveis a infecção do tracto urinário, pneumonia, úlceras de pressão, confusão e desorientação (Burger *et al*, 2000). A alta prevalência de distúrbios no equilíbrio de fluidos em adultos mais velhos desencadeou investigação clínica de doenças relacionadas com a idade e com alterações na homeostase da água. Num estudo realizado nos EUA, a desidratação foi diagnosticada em 6,7% dos pacientes internados com 65 anos ou mais e 1,4% tinham desidratação como o diagnóstico principal (Faes, 2007). Estudos prospectivos em equipamentos de cuidados de longa duração mostram que os 50% dos residentes com episódios febris estavam desidratados e que 27% da população residente foi hospitalizada, devido à desidratação (idem). É também um factor de risco para o desenvolvimento de complicações tromboembólicas, pedras nos rins e obstipação (idem). A mortalidade de

utentes com desidratação também é alta, se não for cuidada de forma adequada. E quanto à morbidade, vários estudos mostraram uma associação entre o alto grau de desidratação e o estado mental (idem).

Vários factores podem estar associados à desidratação dos utentes *alectuados* nos lares de idosos (ver *Tabela 1*). No entanto, destacamos a diminuição da capacidade renal e da sensação de sede, a dificuldade de comunicação, a imobilidade, insuficiência de trabalhadores nos lares (Burger *et al.*, 2000) e a desatenção com a ingestão de líquidos (Himmelstein *et al*, 1983). Este IQ avalia-se na *Secção J – Condições de Saúde*, e tem o seguinte item *disparador* de AAC.

(1) J1550C – Condições problemáticas – Desidratação

3.6. Existência de Infecção do Tracto Urinário

A idade avançada e doenças de comorbidade tornam os doentes internados mais susceptíveis à infecção urinária (Adukauskiene, 2006). Em pacientes *alectuados*, a partir de 4 dias, com AVC é muito frequente a infecção bacteriana, constituída por pneumonia, sepsia, ou infecção do tracto urinário (Kelley *et al.*, 1987). É uma das infecções mais prevalentes em idosos institucionalizados, sendo a causa mais frequente da septicemia (idem). Contudo, deve-se considerar ainda outros importantes factores associados (ver *Tabela 1*), dos quais destacamos as doenças degenerativas, a incontinência, refluxo vésico-ureteral e o uso de cateter (Nicolle, 2001). O desenvolvimento de infecções entre os utentes de lares de idosos com cateteres urinários é um sinal de cuidados deficientes (Institute of Medicine, 1986). Uma medida de qualidade, para fins de comparação do desempenho das instalações, seria a incidência de portadores de infecção do trato urinário entre os residentes que usam cateter (idem).

No MDS este indicador de qualidade é avaliado na *Secção I – Diagnósticos de Doenças Activas*, com o seguinte item *disparador* de AAC.

(1) I2300 – Infecção do Tracto Urinário

3.7. Presença de Incontinência da Bexiga ou Intestino

O IQ *Prevalência de incontinência do intestino e da bexiga* analisa a proporção de pacientes com frequente incontinência ou maior incontinência em determinado momento (Berg *et al.*, 2002). É um indicador simples de seguir, tem validade e é capaz de distinguir os utentes no alto ou baixo risco para a doença (idem). O aparecimento de novos casos ou o agravamento da incontinência é relativamente comum em lares.

A incontinência urinária está associada a uma significativa morbidade (Ouslander e Schnelle, 1995). Predispõe para a irritação da pele, úlceras de pressão e pode resultar em infecção do trato urinário. Também pode levar a diminuição do equilíbrio e da marcha, quedas e noctúria (idem).

A incontinência fecal é menos frequente que a incontinência urinária, mas uma grande proporção de utentes de lares com incontinência urinária, também têm episódios de incontinência fecal (idem). Tanto a defecação, como urinar, são um processo fisiológico que envolve a musculatura, a coordenação de respostas reflexas, consciência mental e a capacidade física para chegar a uma casa de banho. A ruptura de qualquer de um destes factores pode levar à incontinência fecal (idem). As causas mais comuns são problemas de obstipação, uso de laxante, alimentação enteral, distúrbios neurológicos, distúrbios colo-rectais e dependência funcional. Hipotireoidismo e hipertireoidismo também devem ser considerados (idem). A obstipação é comum nos idosos e, quando crónica, pode levar à impactação fecal e incontinência (idem).

Este IQ tem a capacidade de identificar equipamentos onde pode haver um problema de qualidade (Berg *et al.*, 2002). No MDS estes itens encontram-se na *Secção H- Intestino e Bex*iga, com os seguintes *disparadores* de AAC.

(1) H0300 - Continência Urinária
(2) H0400 - Continência Intestinal

3.8. Utilização de Cateter

Existem três tipos básicos de cateteres e de procedimentos de cateterismo usados para controlar a incontinência urinária em lares de idosos: cateter externo, o cateterismo intermitente em linha recta e o cateterismo interior de longo prazo (Ouslander e Schnelle, 1995). Alguns estudos que se têm feito sobre complicações associadas ao uso destes dispositivos, sugerem que os utentes de lares de idosos do sexo masculino, com cateter externo, estão em grande risco de desenvolver infecções do trato urinário (idem). O cateter externo só deve ser usado para gerir incontinência irreversível em utentes masculinos que não tenham retenção urinária e que sejam extremamente dependentes fisicamente (idem). Muitos *alectuados*, principalmente doentes com demência grave e doenças terminais, com diminuição funcional severa, utilizam este tipo de sondas (idem). Estes dispositivos não devem ser usados por conveniência, pois provocam dependência (idem).

O cateterismo intermitente é utilizado para gerir a retenção urinária e incontinência de transbordamento. O procedimento envolve cateterismo em linha recta 2 a 4 vezes por dia, para manter o volume da bexiga abaixo de cerca de 400 ml. Os estudos realizados, principalmente em pacientes mais jovens paraplégicos, têm demonstrado que esta técnica é prática e, em comparação com o cateterismo de longo prazo, reduz o risco de infecções. O auto-cateterismo intermitente também se tem mostrado viável para utentes idosas que sejam funcionais (idem). No entanto, os resultados dos estudos feitos em jovens paraplégicos e idosos em ambulatório do sexo feminino não podem ser automaticamente extrapolados para a população de lares de idosos (idem).

Este indicador de limitações físicas mede, também, a proporção de residentes que diariamente têm restrições dos membros ou do tronco ou usam cadeiras que impedem a saída (Berg *et al.*, 2002).

O item *Cateter* encontra-se na *Secção H – Bexiga e Intestino* e faz parte do seguinte grupo de *disparadores* de AAC.

(1) H0100A – Aparelhos/dispositivos – Cateter
(2) H0100B - Aparelhos/dispositivos – Fraldas/colector urinário externo
(3) H0100C - Aparelhos/dispositivos – Ostomia

(4) H0100D - Aparelhos/dispositivos – Cataterismo intermitente

3.9. Presença de Impactação Fecal

Impactação fecal é um problema gastrointestinal comum e uma potencial fonte de morbidade maior. A identificação e o tratamento rápido minimizam os riscos de complicações (Araghizadeh, 2005). As opções de tratamento incluem a extracção manual e lavagem proximal ou distal. Após o tratamento devem ser procurados possíveis etiologias e instituída terapia preventiva (idem). Os sintomas típicos da impactação fecal são semelhantes aos da obstrução intestinal provocados por outras causas, incluindo a dor e distensão abdominal, náuseas, vómitos e anorexia (idem).

A incidência de impactação fecal com aumento da idade, prejudica muito a qualidade de vida do idoso (idem). A falta de mobilidade devido à idade avançada ou lesão da espinal medula, pode causar impactação fecal, relacionada com a redução dos movimentos da massa do cólon e a incapacidade de utilização dos músculos abdominais para ajudar na evacuação (idem).

Um dos maiores factores de risco é a dieta inadequada de fibras e de água (idem). Existem, também, fármacos que retardam a mobilidade gastrointestinal, tais como analgésicos opiáceos, agentes anticolinérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, antiácidos e preparações de ferro (idem). Paradoxalmente, o abuso de laxantes provoca obstipação e impactação fecal. O utente laxante-dependente é incapaz de produzir uma resposta normal à distensão relativa ao cólon, o que exige doses cada vez mais elevadas para alcançar movimento intestinal (idem). Malformações congénitas do cólon e recto, incluindo a doença de Hirschsprung e a doença de Chagas podem, igualmente, causar impactação fecal (idem). Sintomas associados à impactação fecal são a obstipação, desconforto rectal, anorexia, náusea, vómitos, dor abdominal, diarreia, incontinência intestinal, incontinência urinária, frequência urinária.

Este indicador localiza-se na Secção *H - Bexiga e Intestino* e o seguinte item integra os *disparadores* de AAC.

(1) H0600 - Padrão Intestinal

3.10. Uso de Antipsicóticos ou Psicofármacos

O uso de medicamentos psicotrópicos e os efeitos adversos no idoso tem sido amplamente debatido pelos especialistas. No entanto, recentes estudos europeus indicam que o uso destes medicamentos são, ainda, muito frequentemente prescritos nos lares de idosos (Mann, 2009).

Os psicotrópicos são muitas vezes utilizados para tratar os pacientes idosos que sofrem de alteração de comportamento, humor, memória e sono (Salzman, 1985). O idoso é, muitas vezes, portador de quadros psiquiátricos próprios da idade avançada. Aproximadamente 15% dos mais de 25 milhões de americanos com idade superior a 65 têm distúrbios psiquiátricos funcionais. Além disso, a deficiência orgânico mental sobe de 4% das pessoas com 65 a 74, para 25% das pessoas entre 75 e mais velhos (idem). Em alguns casos, trata-se de transtornos iniciados na juventude, cujos portadores atingem a terceira idade, como esquizofrenia, transtorno bipolar, distimia e transtornos ansiosos. Todos implicam prejuízo, tanto no estado funcional como na qualidade de vida (idem).

Para uma adequada utilização dos psicofármacos em idosos, é fundamental que sejam consideradas as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, uma vez que a farmacocinética, de praticamente todos os psicotrópicos, é afectada por estas mudanças (Sanches *et al*., 2000).

Os psicotrópicos constituem uma parcela significativa de medicamentos utilizados pelos idosos (idem). Sedativos e hipnóticos constituem a terceira classe mais comum de drogas tomadas regularmente por utentes idosos (idem). A sedação ou sono crepuscular (restrições químicas), quedas, sintomas extrapiramidais e anticolinérgicos são efeitos adversos da medicação psiocotrópica (Mann, 2009). Embora não seja consensual, os antipsicóticos podem aumentar o risco de acidentes vasculares cerebrais e de morte. As benzodiazepinias e os antidepressivos aumentam o risco de quedas e de fracturas.

Este indicador encontra-se na *Secção N – Medicação*, item *N0400 - Medicação Recebida*, é um *disparador* do MDS para as AAC e pertence ao seguinte grupo de itens.

(1) N0400A – Medicação recebida – Antipsicóticos
(2) N0400B - Medicação recebida – Ansiolíticos
(3) N0400C - Medicação recebida – Antidepressivos
(4) N0400D - Medicação recebida – Hipnóticos

3.11. Uso de Medicamentos Ansiolíticos e Hipnóticos

Os medicamentos ansiolíticos têm como objectivo actuar quase exclusivamente na ansiedade e tensão, suprimindo-a ou diminuindo-a (Sanches *et al.*, 2000). Este é o principal efeito terapêutico destes medicamentos, sem afectar outras funções psíquicas e motoras (idem). Os ansiolíticos produzem uma diminuição da actividade do cérebro e caracteriza-se pela diminuição de ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta (idem). Este tipo de medicamentos é muitas vezes substituto de hipnóticos pela sua capacidade de induzir o sono. É importante salientar que estes medicamentos prejudicam, em parte, as funções psicomotoras (idem).

Por outro lado, com o aumento da idade, diminui o número de horas de sono e aumentam os despertares nocturnos e desregulação do sono, factos agravados pela condição de *alectuamento*, levando ao consequentemente aumento do uso de medicamentos hipnóticos em lares de idosos (Souza *et al*., 2003). São essenciais alguns cuidados na administração de hipnóticos aos idosos que muitas vezes usam polifarmácia, aumentando o risco de interacções farmacodinâmicas e farmacocinéticas negativas e algumas vezes letais (idem).

Este indicador encontra-se na *Secção N – Medicação* e os seguintes itens são *disparadores* de AAC.

(1) N0400B – Ansiolíticos
(2) N0400D – Hipnóticos

3.12. Uso de Polifarmácia

A polifarmácia consiste no uso de diversos medicamentos em simultâneo, além da utilização de um fármaco para corrigir o efeito adverso de outro (Medeiros-Souza *et al.*, 2007). O uso de múltiplos medicamentos pode beneficiar substancialmente o controle de muitas doenças crónicas, mas algumas terapias farmacológicas são inapropriadas, levando a reacções adversas como a incontinência urinária e o delirium (idem). Os idosos são mais vulneráveis ao surgimento de reacções adversas, por consumirem mais medicamentos para o tratamento de múltiplas patologias (idem).

A literatura mostra que a polifarmácia continua a aumentar e é um conhecido e importante factor de risco para a morbidade e mortalidade de pessoas idosas (Hajjar *et al.*, 2007). Muitos estudos indicam que o uso de polifarmácia está associada a resultados negativos na saúde dos idosos. Contudo, são necessários mais estudos para identificar com rigor, as consequências associadas ao uso de medicamentos desnecessários (idem). Os profissionais de saúde que lidam com idosos, devem estar cientes dos riscos e avaliar todos medicamentos para prevenir a polifarmácia (idem). Muitos estudos destacam a polifarmácia como um risco significativo para o uso inadequado de medicamentos, consequências adversas dos medicamentos e o aumento dos cuidados de saúde (Fialová, 2005). Em conformidade com estudos precedentes dos EUA, foram identificados factores similares do uso impróprio da medicamentação na Europa: baixos recursos económicos do doente, polifarmácia, uso de ansiolíticos e depressão (idem). A fiscalização da prescrição de drogas nos idosos pode reduzir a predominância do uso inapropriado de medicamentos (Fialová, 2005).

A utilização de critérios consensuais de uso de medicamentação segura, em doentes idosos, é uma aproximação para o desenvolvimento de critérios de confiança quando não existe informação clínica precisa (Fick *et al.*, 2003). Os critérios de *Beers* são baseados num consenso de especialistas em cuidados geriátricos, em farmacologia clínica e em psicofarmacologia (idem). São utilizados para pesquisa clínica de medicamentos, analisar dados administrativos computorizados e para avaliar estudos de intervenção na diminuição de problemas de medicação em idosos (idem). No entanto, a chegada de novos

medicamentos no mercado e a retirada de outros exigem uma actualização regular destes critérios (idem).

Este item localiza-se na *Secção I – Diagnóstico de Doenças Activas* e tem o seguinte *disparador* de AAC.

(1) I1700 – Polifarmácia - Organismo multirresistente

3.13. Uso de Restrições Físicas

Restrição Física é qualquer dispositivo manual ou mecânico, ou equipamento ligado ou junto ao corpo do utente que não pode ser removido facilmente por ele e que lhe restringe a liberdade de movimentos ou o acesso normal ao seu próprio corpo (*Centers for Medicare and Medicaid Services* – CMS, 2009).

Este conceito inclui diferentes mecanismos de fixação, tais como coletes torácicos e abdominais para cadeiras, cintos para cadeiras ou camas, pulseiras, trilhos de vários tipos, etc., frequentes em lares de idosos e unidades hospitalares de cuidados agudos. (Cabello *et al.*, 2008).

Os trilhos são o mecanismo de restrição física mais utilizados nos lares de idosos (idem). O comprometimento cognitivo, dependência física ou risco de auto-mutilação são factores preponderantes para o uso de restrições físicas (idem). No entanto, existe um uso excessivo, nomeadamente de trilhos, nos lares, afectando até mesmo utentes sem prejuízo cognitivo ou dependência física (idem). Em determinadas condições existem fortes dúvidas sobre a eficácia real do uso de dispositivos para controlo sintomático dos problemas, para os quais dizem utilizá-los (idem). Além disso, não existem estudos que demonstrem que a utilização destas medidas melhore o cuidado de idosos institucionalizados. Pelo contrário, o uso de restrições está associado a um número significativo de complicações, algumas graves e até fatais para os utentes (idem).

As complicações relacionadas com o emprego de restrições físicas diárias estão bem documentadas na literatura científica. Em alguns casos relatados, o prejuízo é causado

directamente pelo dispositivo, como é o caso de asfixia, isquemia nos membros, lesões nervosas, contusões, lacerações, etc. Também se tem referenciado aumento da ocorrência de úlceras de pressão, aumento do comprometimento cognitivo, maior frequência da incontinência urinária e fecal, e aumento da mortalidade (idem). Existem lesões que estão associadas mais especificamente ao uso de determinado tipo de restrição, como é o caso de mortes por aprisionamento entre o trilho e colchão da cama (idem).

Este indicador encontra-se na *Secção P – Restrições* e é constituído pelo seguinte conjunto de *disparadores* do MDS para as AAC.

(1) P0100A. Restrições físicas usadas na cama – Grades de qualquer tipo
(2) P0100B. Restrições físicas usadas na cama – Restrição do tronco
(3) P0100C. Restrições físicas usadas na cama – Restrição dos membros
(4) P0100D. Restrições físicas usadas na cama – Outras
(5) P0100E. Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama - Restrição do tronco
(6) P0100F. Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama - Restrição dos membros
(7) P0100G. Restrições Físicas usadas na cadeira/fora da cama – Cadeira impeditiva do levante
(8) P0100H. Restrições físicas usadas na cadeira/fora da cama – Outras

3.14. Declínio e Perda Final de Actividades da Vida Diária

A associação entre a incapacidade em relação às actividades básicas e instrumentais e a idade avançada, é um indicador importante para o planeamento de acções e serviços de cuidados que permitam evitar e atrasar a ocorrência da incapacidade, assegurando a independência e a melhor qualidade de vida das pessoas idosas (Del Duca *et al*., 2009).

Este IQ localiza-se na *Secção G – Estado Funcional* e engloba os seguintes itens *disparadores* de AAC no MDS.

(1) G0110A1. Auto-performance AVD – Mobilidade na cama
(2) G0110B1. Auto-performance AVD – Transferências

(3) G0110C1. Auto-performance AVD – Caminhar no quarto
(4) G0110D1. Auto-performance AVD – Caminhar no corredor
(5) G0110E1. Auto-performance AVD – Locomoção na instituição
(6) G0110F1. Auto-performance AVD – Locomoção fora da instituição
(7) G0110G1. Auto-performance AVD – Vestir-se
(8) G0110H1. Auto-performance AVD – Alimentar-se
(9) G0110I1. Auto-performance AVD – Uso da casa de banho
(10) G0110J1. Auto-performance AVD – Higiene pessoal
(11) G0120A. Auto-performance AVD – Banho
(12) G0300A. Equilíbrio – Mudar-se de posição sentada p/ erecta
(13) G0300C. Equilíbrio – Marcha (com dispositivo de apoio se utilizado)
(14) G0300D. Equilíbrio – Entrar e sair do WC
(15) G0300E. Equilíbrio – Transferência de superfície para superfície
(16) G0900A. O utente acredita que é capaz de uma maior independência
(17) G0900B. A equipa acredita que o utente é capaz de uma maior independência

3.15. Sintomas de Depressão

"A depressão é um transtorno mental comum que se apresenta com humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa e baixa auto-estima, alterações do sono ou do apetite, baixa energia e baixa concentração. Estes problemas podem tornar-se crónicos ou recorrentes e levar a prejuízos substanciais na capacidade de uma pessoa para cuidar das suas tarefas e responsabilidades diárias" (OMS, 2010).

Múltiplos factores sociais, psicológicos e patológicos estão associados à depressão, tais como a progressão da idade, o sexo, a escolaridade, a diminuição do sono, a perda de prazer nas actividades, a perda de energia, a tristeza, a ansiedade, a falta de disposição, pensar muito no passado, etc. (Gazalle *et al*., 2004).

Este IQ é avaliado na *Secção D – Humor* e é constituído pelo seguinte conjunto de itens *disparadores* de AAC.

(1) D0200A1. Entrevista do Humor do Utente - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas

(2) D0200I1. Entrevista do Humor do Utente – Pensamento de que estaria melhor morto, ou automutilar-se
(3) D0300. Pontuação Total da Severidade do PHQ-9
(4) D0500A1. Avaliação pelos Funcionários do Humor do Utente - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas
(5) D0500I1. Avaliação pelos Funcionários do Humor do Utente - Pensamento de que estaria melhor morto, ou automutilar-se
(6) D0600. Pontuação Total da Severidade do PHQ-9

3.16. Depressão Sem Terapia Antidepressiva

Um painel interdisciplinar de especialistas que se uniram para identificar abordagens eficazes, para melhorar a qualidade de cuidados de saúde mental em lares de idosos nos EUA, focalizou o seu trabalho em duas condições dos residentes em lares de idosos: depressão e sintomas comportamentais associados à demência. Estas condições foram seleccionadas devido à prevalência da morbidade e da depressão nos residentes de lares de idosos e também pela atenção dada aos sintomas de comportamento, nas orientações propostas pela *Centers for Medicare and Medicaid Services - CMS* (Ouslander *et al.*, 2003).

Os residentes em lares de idosos, são quem mais precisa de especial atenção para viverem uma vida o mais autónoma e agradável possível (idem). Neste sentido, uma das medidas essenciais são a existência de trabalhadores adequados para proporcionar bons cuidados de saúde mental nos lares de idosos (idem). O pessoal adequado facilita e reforça a relação deste com o utente e os seus atributos nessa relação. Também permite a participação dos assistentes dos lares no planeamento interdisciplinar da assistência, permite maior observação das preferências do residente e proporciona a interacção com as famílias e amigos dos utentes (idem).

Num dos princípios inferidos no estudo, a equipa de especialistas indica para a *depressão minor*, tratamentos alternativos incluindo intervenções não farmacológicas, antidepressivos e período de observação (idem). A escolha depende de factores como a gravidade, história

clínica, e as preferências do residente e da família (se o residente desejar) ou representante legal. Referem a utilidade de modalidades psicoterapêuticas, incluindo psicoterapia cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, no tratamento de residentes seleccionados (idem). Outras intervenções não farmacológicas apoiadas pelo painel, incluem o aumento de actividades sociais e prestação de actividades significativas, tais como oficinas protegidas, o voluntariado, actividades religiosas ou actividades que representem funções passadas dos moradores (idem).

A localização no RAI é o resultado de uma combinação entre o resultado da *Entrevista do Humor do Utente - PHQ-9* e o resultado das terapias (não-farmacológicas/farmacológicas).

CAPÍTULO 2. CONTRIBUTO PESSOAL

1. **Objectivos**

Os objectivos gerais deste trabalho são, em primeiro lugar, estudar a pessoa *alectuada* quanto à qualidade de cuidado, seleccionando um conjunto de IQ do RAI. Este instrumento foi implementado a partir do OBRA87, nos EUA, onde tem sido consolidado e utilizado com sucesso. Outros países, incluindo da Europa, têm optado por este instrumento abrangente, bastante completo, padronizado e sensível. O doente *alectuado* é muito susceptível a mudanças rápidas e significativas do seu estado de saúde. Este instrumento, pela periodicidade e processo de avaliação, permite uma intervenção atempada, accionando de imediato planos de avaliação e de cuidado específicos. Em segundo lugar, pretende-se fazer um *Estudo de Caso* de uma pessoa *alectuada* da amostra, com evidentes condições de reabilitação, grande finalidade da qualidade de cuidados.

Os objectivos específicos quanto ao estudo da amostra são

(1) Descrever o grupo nos itens do RAI mais adequados a pessoas *alectuadas*

(2) Analisar os IQ que a literatura científica internacional identifica como sendo os mais válidos para este grupo específico

(3) Descrever cada um dos casos em cada IQ seleccionado para pessoas *alectuadas*

(4) Fazer uma análise de factores preponderantes e causas directas que levaram o indivíduo ao *alectuamento*, utilizando a metodologia do estudo de caso

(5) Referenciar os indicadores das áreas de avaliação e os planos de cuidados específicos do RAI, consistentes com uma intervenção eficaz na possível reabilitação do sujeito estudado

2. **Metodologias**

2.1. Amostra

Decidiu-se efectuar-se a avaliação RAI num grupo de 11 sujeitos *alectuados*, institucionalizados em 4 lares de idosos, localizados na região centro do país. Os únicos critérios utilizados para a constituição da amostra foram: utentes *alectuados* e institucionalizados.

Relativamente ao estudo global, inclui toda a amostra. Quanto ao estudo de caso, foi um único sujeito seleccionado da amostra global, escolhido depois da análise do item G0900B, onde a equipa referencia o potencial de reabilitação funcional. De entre quatro utentes onde se verifica uma resposta positiva, seleccionamos um caso por este apresentar orientação espaço temporal completa e capacidade de comunicação inalterada.

2.2. Identificação da Amostra

A identificação do utente no instrumento é composta por diversos itens da *Secção A* do MDS. Para este estudo interessa conhecer alguns para identificação da amostra utilizada. Assim, pode observar-se na *Tabela 4* que se trata de uma amostra constituída por 11 indivíduos, sendo 10 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Têm idades compreendidas entre 71 e 91 anos, cuja mediana é de 81 anos. 6 utentes têm idade superior ou igual a 81 anos e 5 utentes têm menos de 81 anos. Quanto ao estado civil, 10 utentes não têm parceiro e 1 utente é casado.

Variável	N (%)	Mdn (Min - Max)	Casos
Género (A0800)			
Masculino	1(9,1)		5
Feminino	10 (90,9)		1,2,3,4,6,7,8,9,10,11
Idade (A900)			
> Mdn	6 (54,5)	81(71-91)	3,4,7,9,10,11
< Mdn	5 (45,5)		1,2,5,6,9
Estado Civil (A1200)			
Solteiro	3(27,3)		3,7,8
Casado	1(9,1)		2
Viúvo	6(54,5)		1,4,6,9,10,11
Separado	1(9,1)		5

Tabela 4 - Secção A. Identificação da Amostra (n=11)

Conforme a *Tabela 5*, verifica-se que 4 utentes estão na instituição há menos de um ano; 5 utentes, entre 7 a 12 anos e 2 utentes encontram-se institucionalizados há 24 e 25 anos, respectivamente. Quase todos os residentes são oriundos da comunidade.

Casos	Equipamento (A0200)	Institucionalização em anos (A1600)	Entrada através de (A1800)
1	Lar de Idosos	Menos de 1	Comunidade
2	Lar de Idosos	Menos de 1	Comunidade
3	Lar de Idosos	Menos de 1	Comunidade
4	Lar de Idosos	25	Centro de Dia
5	Lar de Idosos	24	Comunidade
6	Lar de Idosos	11	Comunidade
7	Lar de Idosos	7	Comunidade
8	Lar de Idosos	7	Comunidade
9	Lar de Idosos	12	Comunidade
10	Lar de Idosos	Menos de 1	Comunidade
11	Lar de Idosos	12	Internamento hospitalar

Tabela 5 - Secção A. Origem e tempo de institucionalização (n=11)

2.3. Instrumentos

2.3.1. *Resident Assessment Instrument*

Para estudar o grupo de *alectuados* utilizamos o RAI, um protocolo de avaliação do utente e rastreio de cuidados que integra vários instrumentos de avaliação clínica e funcional. É constituído pelas seguintes áreas: *Secção A – Identificação* da instituição, tipo de equipamento, tipo de avaliação, requisitos de aceitação, condições relacionadas com o estado MR/DD e identificação do utente; *Secção B – Audição, fala e visão*; *Secção C – Padrões Cognitivos*, que integra a *Breve Entrevista do Estado Mental* (BIMS) e *Sinais e Sintomas de Delirium* – CAM, uma adaptação do *Confusion Assessment Method* (CAM; Inouye *et al*, 1990) para o MDS; *Secção D – Humor - Entrevista do Humor do Utente* (PHQ-9)*; Secção E – Comportamento*; *Secção F – Preferências para a Rotina e Actividades Habituais*; *Secção G – Estado Funcional*; *Secção H – Bexiga e Intestino*; *Secção I – Diagnóstico de Doenças Activas*; *Secção J – Condições de Saúde*; *Secção K - Estado de Deglutição/Nutrição*; *L – Estado Oral/Dental;* Secção *M – Condições da Pele*; *Secção N – Medicação*; *Secção O – Tratamentos Especiais e Procedimentos*; *Secção P – Restrições; Secção Q – Participação na Avaliação e Fixação de Objectivos; V – Área de Avaliação de Cuidados* (AAC)*; Secção X – Pedido de Correcção*; *Secção Z – Identificação da Administração*.

A versão utilizada neste trabalho foi desenvolvida pela UnIFai (2009). *Resident Assessment Instrument*. Porto: Texto policopiado.

2.3.2. Procedimentos

Para esta investigação foram seleccionados quatro lares de idosos, que integram utentes *alectuados*. Realizou-se a avaliação de onze indivíduos, dois utentes de um lar e três de cada um dos restantes. Em cada avaliação participaram o utente e/ou familiares/representantes legais, a equipa de cuidadores e directores técnicos. Quanto ao estudo de caso pretendia-se realizar uma entrevista de anamnese ao utente, mas devido ao seu falecimento a entrevista foi dirigida à directora técnica do lar onde o utente residia.

3. **Resultados**

3.1. Avaliação da Audição, Fala e Visão

A Secção B do MDS avalia a audição, fala e visão do utente. Na *Tabela 6* apresentam-se os resultados da avaliação de 9 utentes. Os 2 utentes não avaliados encontram-se em *Estado comatoso*, condição que não permite a avaliação das variáveis apresentadas e reconduz a continuação da avaliação destes casos, a partir do item G0110 da *Secção G*.

Na avaliação da *Audição Com ou Sem Ajuda de Aparelhos Auditivos* verifica-se que 2 utentes têm audição *Adequada*, 5 utentes têm *Dificuldade mínima* e 2 utentes têm *Dificuldade moderada*. Nos indivíduos avaliados não existem casos com audição *Severamente prejudicada*, isto é, sem audição útil e 7 utentes não usam *Ajuda auditiva.*

Quanto à *Clareza do Discurso*, 4 utentes têm um discurso *Claro* e 5 utentes, *Pouco claro*. No item *Fazer-se Compreender*, 2 utentes são *Compreendidos*, 3 utentes *Normalmente compreendidos*, 3 utentes *Algumas vezes compreendidos* e 1 utente *Raramente ou nunca compreendido*. Quanto a *Compreender os outros*, 3 utentes *Compreendem*, 4 utentes *Normalmente compreendem* e 2 utentes *Algumas vezes compreendem.*

Na avaliação da *Visão Com ou Sem Ajuda* verifica-se 3 utentes com visão *Adequada*, 4 utentes com visão *Prejudicada*, 1 utente com visão *Moderadamente prejudicada* e 1 utente com visão *Altamente prejudicada*. Quanto ao uso de *Lentes correctivas* apenas 3 utentes usam.

Variável	N (%)	Casos
Comatoso (B0100)	2 (18,2)	2,3
Audição c/ou s/ ajuda (B0200)		
Adequada	2 (18,2)	5,8
Dificuldade mínima	5 (45,5)	1,4,6,7,9
Dificuldade Moderada	2 (18,2)	10,11
Ajuda auditiva (B0300)		
Não	7 (63,6)	1,5,6,7,8,9,11
Sim	2 (18,2)	4,10
Clareza do discurso (B0600)		
Claro	4 (36,4)	1,5,7,10
Pouco claro	5 (45,5)	4,6,8,9,11
Fazer-se compreender (B0700)		
Compreendido	2 (18,2)	1,7
Normalmente compreendido	3 (27,3)	4,6,10
Algumas vezes compreendido	3 (27,3)	1,8,11
Raramente/nunca compreendido	1 (9,1)	9
Compreender os outros (B0800)		
Compreende	3 (27,3)	4,5,7
Normalmente compreende	4 (36,4)	1,6,8,10
Algumas vezes compreende	2 (18,2)	9,11
Visão c/s ajuda (B1000)		
Adequada	3 (27,3)	5,7,10
Prejudicada	4 (36,4)	6,8,9,11
Moderadamente prejudicada	1 (9,1)	1
Altamente prejudicada	1 (9,1)	4
Lentes correctivas (B1200)		
Não	6 (54,5)	1,5,6,7,8,9
Sim	3 (27,3)	4,10,11

Tabela 6 - Descrição dos dados da Secção B. Audição, Fala e Visão da amostra (n=11)

3.2. Padrões Cognitivos

Os padrões cognitivos são avaliados na *Secção C* do MDS. Inclui a avaliação do utente com a *Entrevista do Estado Mental* - BIMS; inclui uma avaliação do estado mental, realizada pelos funcionários se o utente não for capaz de completar a BIMS; e a avaliação de *Sinais e Sintomas de Delirium* – CAM.

A *Tabela 7* apresenta os resultados da BIMS, obtidos pelo somatório dos pontos de cada utente avaliado. A entrevista foi conduzida a 7 utentes e os restantes 4 utentes não reuniam condições para a avaliação. A totalidade dos utentes encontra-se cognitivamente prejudicada, dos quais 5 sujeitos têm a cognição *Severamente prejudicada* e 2 com cognição *Moderadamente prejudicada.*

Variável	n (%)	Casos
Cognitivamente Intacto (13-15)	-	-
Moderadamente Prejudicada (8-12)	2 (18,2)	7,10
Severamente Prejudicada (0-7)	5 (45,5)	4,5,6,8,11,
Avaliado pelos Funcionários	2 (18,2)	1,9
Estado Comatoso	2 (18,2)	2,3

Tabela 7 - Resultados da BIMS - Secção C. Padrões Cognitivos (n=11)

Variável	N (%)	Casos
Desatenção (C1300A)		
Comportamento não está presente	5 (45,5)	5,6,7,10,11
Comportamento sempre presente s/ flutuações	-	-
Comportamento presente com flutuações	4 (36,4)	1,4,8,9
Pensamento Desorganizado (C1300B)		
Comportamento não está presente	5 (45,5)	4,5,6,7,11
Comportamento sempre presente s/ flutuações	-	-
Comportamento presente com flutuações	4 (36,4)	1,8,9,10
Nível Alterado de Consciência (C1300C)		
Comportamento não está presente	8 (72,7)	1,4,5,6,7,8,10,11
Comportamento sempre presente s/ flutuações	-	-
Comportamento presente com flutuações	1 (9,1)	9
Lentificação Psicomotora (C1300D)		
Comportamento não está presente	4 (36,4)	4,6,7,11
Comportamento sempre presente s/ flutuações	3 (27,3)	1,5,9
Comportamento presente com flutuações	2 (18,2)	8,10
Mudança Aguda do Estado Mental (C1600)		
Não	6 (54,5)	1,5,6,7,10,11
Sim	3 (27,3)	4,8,9

Tabela 8 - Secção C. Sinais e Sintomas de Delirium (do CAM) (n=11)

Quanto aos *Sinais e Sintomas de Delirium*, observa-se na *Tabela 8*, na variável *Desatenção* (C1300A), que 5 utentes focalizaram a atenção sem dificuldade durante a BIMS e 4 utentes apresentaram flutuações neste comportamento.

Relativamente ao *Pensamento Desorganizado* (C1300B), verifica-se que em 5 utentes o *Comportamento não está presente* e 4 utentes revelam este *Comportamento com flutuações.*

Em relação ao item *Nível Alterado de Consciência* (C1300C) verifica-se que em 8 utentes o *Comportamento não está presente*, 1 utente apresenta o *Comportamento presente com flutuações*. Os casos comatosos não se incluem na avaliação deste item.

Quanto à *Lentificação Psicomotora* (C1300D), esta variável avalia a diminuição anormal do nível de actividade, falta de energia, movimentação muito lenta do corpo, entre outros sinais. Neste item, o *Comportamento não está presente* em 4 utentes, 3 sujeitos têm este *Comportamento sempre presente sem flutuações* e 2 utentes apresentam *Comportamento presente com flutuações.*

Na avaliação do item *Mudança Aguda do Estado Mental* (C1600), procurou-se saber se o utente teve uma mudança aguda do estado mental em relação ao seu normal. Se pouco tempo antes da entrevista BIMS o utente estava normal e se os resultados apontarem para situação oposta, então, o utente deve ser remetido, de imediato, para a AAC. Registam-se 3 utentes com *Mudança Aguda do Estado Mental* e 6 utentes sem mudança.

3.3. Estado de Humor

A *Entrevista do Humor do Utente* (PHQ-9) visa avaliar, de forma célere, sintomas de depressão. Esta avaliação efectua-se no item D0200 do MDS. A *Tabela 9* apresenta o total da pontuação obtida dos utentes capazes de realizar a entrevista. Responderam aos questionários 8 utentes, não responderam 2 utentes em estado comatoso e a 1 utente não foi possível determinar. Segundo a escala PHQ-9, 3 utentes encontram-se com depressão *Moderadamente severa*, 2 utentes com depressão *Moderada*, 1 utente com depressão *Suave* e 2 utentes sem *Nenhuma* depressão.

Variável	N (%)	Casos
Nenhuma (0-4)	2 (18,2)	6,7
Suave (5-9)	1 (9,1)	11
Moderada (10-14)	2 (18,2)	1,10
Moderadamente Severa (15-19)	3 (27,3)	5,8,9
Severa (20-27)	-	-
Estado Comatoso	2 (18,2)	2,3
Não foi possível determinar	1 (9,1)	4

Tabela 9 - Secção D. Humor - Severidade da Depressão (PHQ-9) (n=11)

3.4. Estado Funcional

Em relação ao *Estado Funcional*, apresentam-se tabelas de resultados sobre assistência nas Actividades de Vida Diária (AVD), banho, equilíbrio, limitações funcionais e dispositivos de mobilidade/reabilitação.

A *Tabela 10* indica a assistência necessária nas AVD, bem como o número de trabalhadores que implica a assistência a cada utente. Não foi possível obter informação sobre caso 3 da amostra, mas salientamos que se trata de um utente em estado comatoso.

Quanto ao auto-desempenho das AVD, o MDS atribui as seguintes codificações: *Independente* - o utente não necessita de ajuda ou de supervisão; *Supervisão* - o utente necessita de fiscalização, indicações ou encorajamento; *Assistência parcial* - o utente está altamente envolvido na actividade e os funcionários proporcionam movimentação dos membros ou assistência sem suporte de peso do utente; *Assistência total* - o utente está envolvido na actividade e os trabalhadores proporcionam suporte de peso efectuando a força necessária; *Dependência total* - os trabalhadores têm um desempenho total nas actividades durante todos os dias.

A *Mobilidade na Cama* (G0110A) - consiste em avaliar como utente se move ou se vira de lado enquanto deitado. 2 Indivíduos são *Independentes*, 3 requerem *Assistência total* 3 casos e são *totalmente dependentes* 4 casos. A *Transferência* (G0110B) - como o utente se move entre superfícies, incluindo de ou para a cama, cadeira, cadeira de rodas ou posição em pé. Verifica-se 8 utentes com *Dependência total*, 1 utente com *Assistência total* e 1 utente com *Assistência parcial*.

Variável	N (%)	Casos
Mobilidade na Cama (G0110A)		
Independente	2 (18,2)	1,5
Assistência Total	3 (27,3)	
- Ajuda de 1 trabalhador	2 (18,2)	10,11
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	1 (9,1)	7
Dependência Total	5 (45,5)	
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	5	2,4,6,8,9
Transferências (G0110B)		
Assistência Parcial	1 (9,1)	
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	1	5
Assistência Total	1 (9,1)	
- Ajuda de 1 trabalhador	1	10
Dependência Total	8 (72,7)	
- Ajuda de 1 trabalhador	1 (9,1)	11
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	7 (63,6)	1,2,4,6,7,8,9
Caminhar no Quarto (G0110C)		
Dependência Total	3 (27,3)	
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	2 (18,2)	5,6
- Sem informação	1 (9,1)	9
Actividade não ocorreu	7 (63,6)	1,2,4,7,8,10,11
Caminhar no Corredor (G0110D)		
Dependência Total	3 (27,3)	
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	2 (18,2)	5,6
- Actividade não ocorreu	1 (9,1)	9
Actividade não ocorreu	7 (63,6)	1,2,4,7,8,10,11
Locomoção na Instituição (G0110E)		
Dependência Total	7 (63,6)	
- Ajuda de 1 trabalhador	4 (36,4)	8,9,10,11
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	3 (27,3)	5,6.7
Actividade não ocorreu	3 (27,3)	1,2,4
Locomoção Fora da Instituição (G0110F)		
Dependência Total	5 (45,5)	
- Ajuda de 1 trabalhador	3 (27,3)	8,9,10
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	2 (18,2)	6,7
Actividade não ocorreu	5 (45,5)	1,2,4,5,11
Vestir-se (G0110G)		
Assistência Parcial	1 (9,1)	
- Ajuda de 1 trabalhador	1	10
Dependência Total	9 (81,8)	
- Ajuda de 1 trabalhador	3 (27,3)	8,9,11
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	6 (54,5)	1,2,4,5,6,7

Tabela 10 - Secção G. Estado Funcional - Assistência nas AVD (n=11) (Cont. pág. seg.)

Variável	N (%)	Casos
Alimentar-se (G0110H)		
Supervisão	3 (27,3)	
- Apenas ajuda organizacional	3	5,10,11
Assistência Total	2 (18,2)	
- Ajuda de 1 trabalhador	2	7,8
Dependência Total	5 (45,5)	
- Ajuda de 1 trabalhador	3 (27,3)	1,2,9
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	2 (18,2)	4,6
Uso da Casa de Banho (G0110I)		
Assistência Parcial	1 (9,1)	
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	1	5
Assistência Total	1 (9,1)	
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	1	10
Dependência Total	6 (54,5)	
- Ajuda de 1 trabalhador	1 (9,1)	11
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	4 (36,4)	1,2,6,7
- Sem informação	1 (9,1)	9
Actividade não ocorreu	2 (18,2)	4,8
Higiene Pessoal (G0110J)		
Assistência Parcial	1 (9,1)	
- Ajuda de 1 trabalhador	1	10
Dependência Total	9 (81,8)	
- Ajuda de 1 trabalhador	1 (9,1)	11
- Ajuda de 2 ou mais trabalhadores	8 (72,7)	1,2,4,5,6,7,8,9

Tabela 10 - Secção G. Estado Funcional - Assistência nas AVD (n=11)

Quanto ao *Caminhar no Quarto* (G0110C) e *Caminhar no Corredor* (G0110D), em 7 utentes a *Actividade não ocorreu* e 3 utentes são *Totalmente Dependentes*.

A *Locomoção na Instituição* (G0110E) - como o utente se move entre o quarto e corredor adjacente, se auto-suficiente em cadeira de rodas. São *Totalmente dependente* 7 utente e a *Actividade não ocorreu* em 3 utentes.

A *Locomoção Fora da Instituição* (G0110F) - como o utente se move para localizações fora da instituição e regressa. 5 utentes são *Totalmente dependentes* e a *Actividade não ocorreu* nos outros 5 utentes.

Variável	N (%)	Casos
Auto-desempenho (G0120A)		
Ajuda física em parte (3)	1 (9,1)	5
Dependência total (4)	10 (90,9)	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11
Suporte providenciado (G0120B)		
Ajuda física de 1 pessoa	1 (9,1)	11
Ajuda física de 2 ou + pessoas	10 (90,9)	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10

Tabela 11 - Secção G. Banho (n=11)

Vestir-se (G0110G) - como o utente coloca, aperta e tira todas as roupas, incluindo colocar/retirar próteses ou meias elásticas. São *Totalmente dependentes* 9 utentes e necessita de *Assistência parcial* 1 utente.

Alimentar-se (G0110H) - como o utente come e bebe, incluindo ingestão de alimentos por outros meios. Requerem *Supervisão* 3 utentes, necessitam de *Assistência total* 2 utentes e têm *Dependência total* 5 utentes.

O *Uso da Casa de Banho* (G0110I) - como o utente se transfere e usa a casa de banho, o lavatório, a arrastadeira, o urinol, como se limpa após eliminação, como muda de cuecas, cuida da ostomia. São *Totalmente dependentes* 6 utentes, 1 utente necessita de *Assistência total*, 1 utente requer *Assistência parcial* e em 2 utentes a *Actividade não ocorreu*.

A *Higiene Pessoal* (G0110J) - como o utente mantém a higiene, escova os dentes, penteia o cabelo, se barbeia, aplica maquilhagem, lava/limpa mãos e face. Para esta actividade 1 utente requer *Assistência parcial* e 9 utentes são *Totalmente dependentes*. Na tabela, pode-se observar-se, também, o suporte para cada utente, ou seja, o número de trabalhadores necessários para cada actividade.

Em relação ao *Banho*, verifica-se na *Tabela 11* que apenas 1 utente tem *Auto-desempenho* com a *Ajuda física em parte*. Os restantes 10 utentes têm *Dependência total*. Quanto ao suporte 10 utentes necessitam de *Ajuda física de 2 ou mais trabalhadores*.

Na *Tabela 12* apresentam-se alguns itens relevantes da avaliação do equilíbrio dos utentes. De realçar que as actividades *Marcha*, *Girar ao seu redor* e *Entrar e sair do wc* não ocorreram em grande maioria dos utentes.

No item *A- Mudar-se de Sentado para Erecto*, 4 utentes realizaram a actividade de forma *Não seguro/firme, mas capaz de estabilizar com assistência*. Para os restantes 6 utentes, a *Actividade não ocorreu*.

Quanto à *B- Marcha*, apenas 2 utentes realizaram a actividade de forma *Não segura/firme, mas capaz de estabilizar com assistência*.

O item *C- Girar ao seu redor* foi realizado por apenas 1 utente de forma *Não seguro/firme, mas capaz de estabilizar com assistência*.

O item *D- Entrar e sair do wc* foi realizado por 1 único utente de forma *Não seguro/firme, mas capaz de estabilizar com assistência*.

O item *E – Transferência entre superfícies* foi realizado por 8 utentes de forma *Não seguro/firme, mas capaz de estabilizar com assistência*.

Variável	N (%)	Casos
A – **Mudar-se Sentado p/ Erecto**		
Não seguro/firme mas estabiliza c/ ajuda	4 (36,4)	5,8,9,10
Actividade não ocorreu	6 (54,5)	1,2,3,4,6,7,11
B – **Marcha**		
Não seguro/firme mas estabiliza c/ ajuda	2 (18,2)	3,9
Actividade não ocorreu	9 (81,8)	1,2,4,5,6,7,8,10,11
C – **Girar ao seu redor**		
Não seguro/firme mas estabiliza c/ ajuda	1 (9,1)	9
Actividade não ocorreu	10 (90,9)	1,2,3,4,5,6,7,8,10,11
D – **Entrar e sair do WC**		
Não seguro/firme mas estabiliza c/ ajuda	1 (9,1)	7
Actividade não ocorreu	10 (90,9)	1,2,3,4,5,6,8,9,10,11
E – **Transferência entre superfícies**		
Não seguro/firme mas estabiliza c/ ajuda	8 (72,7)	1,2,3,4,7,8,9,10
Actividade não ocorreu	3 (27,3)	5,6,11

Tabela 12 - Secção G - item G0300. Equilíbrio Durante as Transições e Marcha (n=11)

Variável	N (%)	Casos
A – **Extremidade Superior**		
S/ Deterioração/dano/prejuízo	2 (18,2)	5.10
Deterioração de um dos lados	2 (18,2)	7,8
Deterioração de ambos os lados	5 (45,4)	1,2,3,4,9,
Não respondeu	2 (18,2)	6,11
B – **Extremidade Inferior**		
S/ Deterioração/dano/prejuízo	2 (18,2)	5,10
Deterioração de ambos os lados	8 (72,7)	1,2,3,4,6,7,8,9
Não respondeu	1 (9,1)	11

Tabela 13 - Secção G - item G0400. Limitações Funcionais (n=11)

A deterioração das extremidades superiores e inferiores interferem com as funções diárias e podem colocar o utente em risco de lesões. Na *Tabela 13,* verifica-se que apenas 2 utentes não apresentam *Deterioração das extremidades* e a maioria dos restantes apresenta *Deterioração nas duas extremidades* em ambos os lados.

Verifica-se na *Tabela 14* que o único *Dispositivo de Mobilidade* usado por 7 utentes é a *Cadeira de rodas.* Os restantes 4 utentes não usam nenhum dos dispositivos enunciados no MDS. Quanto à *Potencial Reabilitação,* 9 utentes não acreditam e *Não é possível determinar* em 2 utentes. As equipas de cuidadores acreditam na reabilitação de 4 utentes.

Variável	N (%)	Casos
Dispositivos de Mobilidade (G0400)		
Bengala/muleta	-	-
Andarilho	-	-
Cadeira de rodas	7 (63,6)	1,3,4,7,8,10,11
Prótese nos membros	-	-
Nenhuma das anteriores	4 (36,4)	2,5,6,9
Potencial Reabilitação (G0900)		
Utente acredita?		
Não	9 (81,8)	1,2,3,6,7,8,9,10,11
Sim	-	-
Não é possível determinar	2 (18,2)	4,5
Equipa acredita?		
Não	7 (63,6)	2,4,6,7,8,9,10
Sim	4 (36,4)	1,3,5,11

Tabela 14 - Secção G. Dispositivos de mobilidade/Potencial Reabilitação (n=11)

3.5. Bexiga e Intestino

A *Secção H- Bexiga e Intestino* avalia os aparelhos e dispositivos usados, a incontinência e os programas de treino. Quanto ao item *Aparelhos/dispositivos (H0100)*, a *Tabela 15* verifica-se que 10 utentes usam *Fralda/colector urinário externo* e um destes também usa *Cateter*. Observando os itens H01300 e H0400 verifica-se que 10 utentes sofrem de *Incontinência urinária e intestinal* e sem nenhum *Programa de treino de continência*. Apenas 1 utente não usa dispositivos nem é incontinente. Quanto à *Obstipação (H0600)*, 4 utentes apresentam este problema.

Variável	N (%)	Casos
Aparelhos/dispositivos (H0100)		
Cateter	1 (9,1)	2
Fralda, colector urinário externo	10 (90,9)	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11
Nenhuma das anteriores	1 (9,1)	5
Programa de treino de continência (H0200)		
Não	11 (100)	Todos
Continência urinária (H0300)		
Sempre continente	1 (9,1)	5
Ocasionalmente incontinente	1 (9,1)	10
Frequentemente incontinente	1 (9,1)	3
Sempre incontinente	8 (72,7)	1,2,4,6,7,8,9,11
Continência intestinal (H0400)		
Sempre continente	1 (9,1)	5
Ocasionalmente incontinente	1 (9,1)	10
Frequentemente incontinente	3 (27,3)	3,7,11
Sempre incontinente	6 (54,5)	1,2,4,6,8,9
Programa de treino intestinal. (H0500)		
Não	11 (100)	Todos
Sim	-	-
Obstipação (H0600)		
Não	7 (63,6)	3,5,6,7,8,9,11
Sim	4 (36,4)	1,2,4,10,

Tabela 15 - Secção H. Bexiga e Intestino (n=11)

3.6. Diagnóstico de Doenças Activas

No diagnóstico das doenças activas, verifica-se na *Tabela 16* que 8 utentes têm doenças *Cardiovasculares*, sendo a *Hipertensão Arterial* a doença mais frequente, com 5 casos. As doenças *Neurológicas* são o segundo grupo com maior frequência, constituído por 2 casos com *AVC/AIT*, 2 casos com *Demência*, 2 utentes com *Paraplegia* e 1 com *Doença de Parkinson*. Um utente não tem nenhuma doença enunciada.

Variável	N (%)	Casos
Cancro		
Cancro (I0100)	2 (18,2)	5,10
Cardiovascular		
Anemia (I0200)	2 (18,2)	2,5,
Insuficiência Cardíaca (I0600)	1 (9,1)	11
Hipertensão Arterial (I0700)	5 (45,5)	2,3,8,10,11
Hipotensão Ortostática (I0800)	1 (9,1)	4
Doenças Metabólicas		
Diabetes Mellitus (I2900)	1 (9,1)	3
Músculo-Esqueléticas		
Artrite (I3700)	2 (18,2)	4,6
Osteoporose (I3800)	2 (18,2)	4,6
Neurológicas		
AVC/AIT (I4500)	2 (18,2)	2,7
Demência (I4800)	2 (18,2)	4,9
Paraplegia (I5000)	2 (18,2)	7,8
Doença de Parkinson	1 (9,1)	10
Psiquiátrica/Distúrbio Humor		
Distúrbio de Ansiedade (I5700)	1 (9,1)	5
Depressão (I5800)	2 (18,2)	3,5
Pulmonar		
Asma/DPOC ou DCP (I6200)	2 (18,2)	6,7
Insuficiência Respiratória (I6300)	1 (9,1)	7
Visão		
Cataratas, Glaucoma, Degº. Macular (I6200)	1 (9,1)	7
Nenhuma das enunciadas no MDS (I7900)	1 (9,1)	1

Tabela 16 - Secção I. Diagnóstico Doenças Activas (n=11)

Na *Secção J - Outras Condições de Saúde*, da *Tabela 17*, salienta-se que 1 utente tem uma esperança de vida inferior a seis meses e 1 outro utente é fumador.

Na *Secção K- Estado Deglutição/Nutrição* apresenta-se a *Tabela 18*, onde se verifica que 1 utente perdeu peso sem regime nutricional para perda e não tem nenhuma abordagem nutricional. 7 utentes têm abordagem nutricional.

Variável	N (%)	Casos
Falta de Ar (Dispneia) (J1100)		
Sentado	1 (9,1)	2
Nenhum dos sinais do MDS	10 (90,9)	1,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Uso de Tabaco (J1300)	1	5
Esperança de Vida inferior a 6 meses (J1400)		
Sim	1	10
Condições Problemáticas (J1550)		
Nenhuma das enunciadas no MDS	11 (100)	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11

Tabela 17 - Secção J. Outras Condições de Saúde (n=11)

Variável	N (%)	Casos
Distúrbios de deglutição (K0100)		
Tossir ou engasgar-se durante refeições	2 (18,2)	3,8
Perda de 5% ou + Peso no último mês (K0300)		
Sim (sem regime nutricional p/ perda)	1 (9,1)	5
Abordagem Nutricional últimos 5 dias (K0500)		
Alimentação por sonda	1(9,1)	2
Dieta manipulada	6 (54,5)	1,2,3,8,9,11
Dieta terapêutica	5 (45,5)	1,2,3,7,8

Tabela 18 - Secção K. Estado Deglutição/Nutricional (n=11)

3.7. Condições da Pele

Em relação à *Secção M - Condições da Pele*, a *Tabela 19* mostra que 10 utentes se encontram em *Risco de úlceras de pressão* e 2 utentes desse grupo apresentam *UP de grau 1*. Em relação ao item *M1200 - Tratamentos às Úlceras e Pele*, verifica-se que 6 utentes praticam *Posicionar/reposicionar* e 4 utentes utilizam *Dispositivos de redução de pressão para cadeira e para cama*. 2 utentes têm *Intervenção na nutrição/hidratação*. 3 utentes recebem *Cuidados à úlcera*. São aplicados *Pensos não cirúrgicos* a 2 utentes e são usadas *Pomadas/medicação* em 3 utentes.

Variável	N (%)	Casos
Determinação Risco de Úlceras de Pressão (M0100)		
UP grau 1 ou maior	2 (18,8)	1,2
Avaliação clínica	2 (18,8)	7,9
Nenhuma das enunciadas no MDS	7 (63,6)	3,4,5,6,8,10,11
Risco de Úlceras de Pressão (M0150)		
Não	1(9,1)	5
Sim	10 (90,9)	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11
Úlceras Pressão por Cicatrizar (M0210)		
Não	9 (81,8)	3,4,5,6,7,8,9,10,11
Sim	2 (18,8)	1,2
Tratamentos às Úlceras e Pele (M1200)		
Dispositivos redução de pressão p/ cadeira	4 (36,4)	1,2,8,9
Dispositivos redução de pressão p/ cama	4 (36,4)	1,2,3,11
Posicionar/reposicionar	6 (54,5)	2,3,8,9,10,11
Intervenção na nutrição/hidratação	2 (18,8)	1,3
Cuidados à úlcera	3 (27,3)	1,2,4
Aplicação de pensos não cirúrgicos	2 (18,8)	1,2
Aplicação de pomadas/medicação que não ao pé	3 (27,3)	2,3,9

Tabela 19 - Secção M. Condições da Pele (n=11)

3.8. Medicação Recebida

Na *Tabela 20*, salienta-se que 7 utentes usam medicamentos ansiolíticos, 5 utentes estão medicados com diuréticos e 2 utentes usam antipsicóticos.

Variável	N (%)	Casos
Medicação Recebida (N0400)		
Antipsicóticos	2 (18,8)	1,3
Ansiolíticos	7 (63,6)	1,2,3,4,5,6,10
Antidepressivos	3 (27,3)	3
Hipnóticos	1 (9,1)	1
Anticoagulantes	1 (9,1)	3
Antibióticos	2 (18,8)	2,3
Diuréticos	5 (45,5)	3,7,8,10,11
Nenhum dos anteriores	1 (9,1)	9

Tabela 20 - Secção N. Medicação (n=11)

3.9. Tratamentos Especiais e Procedimentos

A avaliação de tratamentos terapêuticos, realizada na *Secção O* do MDS, faz parte dos IQ que mais adiante abordaremos. Na *Tabela 21*, verifica-se que apenas 3 utentes fazem *Terapia Ocupacional*, 1 utente faz *Terapia Física e 2* utentes fazem *Terapia Psicológica.*

Quanto a *Programas de Enfermagem e Reabilitação (O0500)*, verifica-se na *Tabela 22* que apenas 2 utentes fazem programa de *Mobilidade na cama* e *Transferência* e 1 utente faz programa de *Comunicação.* Nos 14 dias precedentes a avaliação apenas 1 utente fez *Exames* e *Prescrições médicas.*

Variável	N (%)	Casos
Terapia Ocupacional (O0100B)		
20 Minutos	2 (18,8)	5,6 (2 dias)
30 Minutos	1 (9,1)	8 (1 dia)
Sem terapia	7 (63,6)	1,2,3,4,7,9,10,11
Terapia Física (O0100-C)		
30 Minutos	1 (9,1)	4 (2 dias)
Sem terapia	9 (81,8)	1,2,3,5,6,7,8,9,10,11
Terapia Psicológica (O0100-E)		
20 Minutos	1(9,1)	5 (2 dias)
60 Minutos	1(9,1)	7 (1 dia)
Sem terapia	8 (72,7)	1,2,3,4,6,8,9,10,11

Tabela 21 - Secção O. Tratamentos Especiais e Procedimentos (n=11)

Variável	N (%)	Casos
Programas de Enfermagem de Reabilitação (O0500)		
A- Amplitude de movimento (passivo)		
B- Amplitude de movimento (activo)		
C- Assist. c/ ligadura, tala ou tala articulada		
D- Mobilidade na cama	2 (18,8)	4 (1 d), 10 (5 d)
E- Transferência	2 (18,8)	4 (1 d), 10 (2 d)
F- Caminhar		
G- Vestir-se/arranjar-se		
H- Comer/engolir		
I- Amputação/cuidado com próteses		
J- Comunicação	1(9,1)	8 (1 d)
Exames Médicos (O0600)	1(9,1)	10 (1 dia)
Alterações de prescrições médicas (O0700)	1(9,1)	10 (1 dia)

Tabela 22 - Secção O. Tratamentos Especiais e Procedimentos (n=11)

3.10. Restrições Físicas

Na *Secção P - Restrições Físicas* (P0100), verifica-se na *Tabela 23* que 7 utentes usam diariamente *Grades na cama* e 2 utentes usam *Restrições do tronco* fora da cama.

Variável	N (%)	Casos
Restrições físicas usados na cama		
A- Grades na Cama (uso diário)	7 (63,6)	1,2,3,4,8,9,11
B- Restrição do tronco (uso não diário)	1(9,1)	1
C- Restrição dos membros	1(9,1)	2
D- Outros	1(9,1)	4
Restrições físicas usados fora da cama		
E- Restrição do tronco	2 (18,8)	1,3

Tabela 23 - Secção P - item P0100. Restrições Físicas (n=11)

3.11. Participação na Avaliação

Quanto à participação na entrevista de avaliação verifica-se na *Tabela 24* que para além da equipa de cuidadores, participaram 6 utentes, 3 dos quais com ajuda de *Familiar ou outro significativ*o ou *Tutor/representante legal*. As restantes entrevistas foram completadas pelas equipas de cuidadores.

Variável	N (%)	Casos
Participação na Avaliação		
A- Utente	6 (54,5)	5,6,7,8,10,11
B- Familiar ou outro significativo	2(18,8)	7,8
C- Tutor ou representante legal	1(18,8)	11

Tabela 24 - Secção Q - item Q0100. Participação na Avaliação (n=11)

3.12. Resumo dos IQ da Amostra

Na Tabela 25 apresenta-se os resultados individuais dos IQ seleccionados do RAI para pessoas *alectuadas*. Verifica-se que existem seis IQ com maior frequência.

O declínio na perda final de AVD é um facto para 100% da amostra. Possivelmente este IQ está relacionado com a imobilidade e com as restrições físicas usadas por 63,6% dos utentes. Possivelmente, nas instituições da amostra, a insuficiência de trabalhadores para realizarem programas de levante e outras terapias, facilitam o rápido e contínuo declínio da independência do utente.

A presença de úlcera de pressão ou risco está presente em 90,9% dos sujeitos, denotando debilidade na qualidade de cuidado neste grupo específico de utentes. A imobilidade, a incontinência, alterações do estado de consciência e, possivelmente, escassez e incapacidade de trabalhadores, são factores facilitadores para a elevada frequência deste IQ.

Na amostra, 81,8% dos utentes são incontinentes da bexiga e/ou intestino e nenhum participa em programas de treino de continência. Este IQ está relacionado, possivelmente, com a dependência funcional e facilita o aparecimento de úlceras de pressão. A inexistência de programas de treino de continência nas instituições em causa denota, possivelmente, incapacidade das equipas de cuidadores, bem como insuficiência de trabalhadores, resultando em má qualidade na prestação de cuidados a este grupo específico de utentes.

A frequência do uso de restrições físicas neste grupo é de 63,6%, sendo a maioria dos aparelhos usados na cama. Neste grupo de *alectuados* a elevada frequência, possivelmente, estará relacionada com o comprometimento cognitivo e com a dependência física. É um importante IQ para este grupo específico de utentes, uma vez que compromete a restante independência.

O uso de medicamentos ansiolíticos tem uma frequência de 63,6% neste grupo de utentes. Possivelmente para atenuar estados depressivos, de ansiedade e agitação. Contudo, também é comum o seu uso para a insónia, substituindo os medicamentos hipnóticos.

Os sintomas de depressão ou risco são o sexto IQ mais frequente em 54,5% dos utentes. Possivelmente, a imobilidade e a inactividade são os factores mais importantes para a frequência deste IQ. Contudo, verifica-se a quase inexistência de terapias para o tratamento do estado depressivo dos utentes, quer farmacológicas quer não-farmacológicas.

IQ	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11
Úlcera Pressão	SIM	SIM	Risco	Risco	-	Risco	Risco	Risco	Risco	Risco	Risco
Perda de Peso	-	-	-	-	SIM	-	-	-	-	-	-
Tubo Alimenta	-	SIM	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inf. Tracto Urinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Incontinência Bex. e Intestino	SIM	SIM	SIM	SIM	-	SIM	SIM	SIM	SIM	-	SIM
Cateter	SIM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Impactação Fecal	SIM	-	-	-	-	-	-	-	-	SIM	-
Uso Medicamentos Ansiol. e Hipnót.	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	-	-	-	SIM	-
Polifarmácia	3	2	6	1	1	1	1	1	-	2	1
Restrições Físicas	SIM	SIM	SIM	SIM	-	-	-	SIM	SIM	-	SIM
Declínio na perda final AVD	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Sintomas de Depressão	SIM	coma	coma	-	SIM	-	-	SIM	SIM	SIM	risco
Depressão c Terap.ª Antidepress.ª	-	-	-	-	Sim	-	-	-	-	-	-
Potencial reabilitação Eq. acredita	Sim	-	Sim	-	Sim	-	-	-	-	-	Sim
Total	9/16	6/16	4/16	4/16	4/16	3/16	3/16	5/16	5/16	4/16	4/16

Tabela 25 - Síntese de resultados dos IQ (n=11)

4. **Estudo de Caso**

4.1. Introdução

Os resultados globais do estudo da amostra revelam um caso de um utente *alectuado* que a equipa de cuidadores do lar A*credita na reabilitação*. Optou-se por realizar o estudo deste caso único da amostra, de forma holística onde se procura determinar o porquê e o como aconteceu o *alectuamento* deste indivíduo, bem como indicar estratégias do RAI para planos de cuidado no sentido da reabilitação do indivíduo.

A avaliação RAI foi conduzida em 2 momentos, nos dias 20 e 28 de Abril de 2010. Participaram no processo de avaliação o utente, uma enfermeira e a directora técnica do lar. Realça-se a participação activa e colaborante do utente em todo o processo de avaliação. Posteriormente, no dia 15 de Maio de 2010, procurou-se realizar a observação do sujeito e uma entrevista complementar à avaliação RAI. Tal não foi possível devido ao falecimento do utente. Entrevistámos a directora técnica que nos forneceu alguns elementos que utilizamos para a compreensão do caso.

4.2. Perfil do Sujeito

4.2.1. Identificação

Sujeito varão, nascido no dia 6 de Junho do ano 1926, com a idade de 84 anos, separado, com três filhos, vivia sozinho, com a companhia de um animal de estimação, e tinha uma relação conflituosa com filhos (motivo desconhecido). Referenciado como *caso social* pela Segurança Social, foi precocemente institucionalizado num lar de idosos, com 60 anos de idade, por motivos desconhecidos, estando excluídos problemas de carácter funcional ou psiquiátrico

4.2.2. Análise de rotinas, até um ano antes da avaliação

Na instituição, o sujeito era activo, desempenhava tarefas diárias relacionadas com a cozinha e tinha um espaço próprio, onde passava sozinho parte do tempo, construindo objectos de artesanato. O utente não se entrosava nem se identificava com outros residentes porque "não se considerava velho como eles" e ausentava-se do lar sempre que desejasse.

O utente tinha um problema com consumo excessivo de álcool, fora das instalações, que acentuava comportamentos desajustados e conflituosos na instituição. Há 3 anos terá deixado de ingerir bebidas alcoólicas, facto importante para um relacionamento menos conflituoso.

4.2.3. Análise do caso, um ano antes da avaliação

Há cerca de um ano, a administração informou o residente que iria extinguir o "seu espaço de artesanato", por motivos logísticos, prometendo-lhe um outro espaço diferente para o efeito. O utente mostrou desagrado com esta decisão, abandonando esta e outras actividades, acentuando o seu isolamento.

Há cerca de meio ano, a equipa de cuidadores detectou sintomas de depressão e de ansiedade, verificando-se um declínio abrupto do estado de saúde que originou o *alectuamento*. No início do mês de Maio de 2010 foi hospitalizado devido a problemas respiratórios graves, onde veio a falecer uma semana depois, no dia 7 de Maio. Não foi realizada autópsia e os familiares responsabilizaram-se pelo funeral e custos associados.

4.2.4. Descrição clínica

- Análise de patologias e medicação/tratamentos.

Apresentava *Anemia, Distúrbio de Ansiedade, Depressão.* A equipa clínica presumiu que teria também doença pulmonar grave, mas devido a recusa do utente não foram realizados exames complementares de diagnóstico. O utente tomava apenas *ansiolíticos* e nos 14 dias

antes da avaliação não teve consultas médicas, nem alterações da prescrição de medicamentos. Quanto a *Tratamentos Especiais e Procedimentos* o utente frequentou, nos últimos 7 dias antes da avaliação, 2 sessões de 20 minutos de *Terapia ocupacional individual* e 2 sessões de 20 minutos de *Psicoterapia*.

- Análise de sintomas geriátricos

No último mês antes da avaliação o utente sofreu *Perda ponderal* (≥ 5%) *Sem regime nem abordagem nutricional*. Não tinha *Histórico de quedas* desde a admissão. Não tinha *Úlceras de pressão nem estava em risco*. Não era *Incontinente*, não sofria de *Obstipação* nem de I*mpactação fecal*.

- Análise do estado funcional

O utente tinha *Dependência total* com *ajuda de 2 trabalhadore*s para se *locomover*, *vestir-se* e realizar a *higiene pessoal*. No *Banho* necessitava de *Ajuda física em parte* e para usar a *casa de banho* requeria *assistência parcial de 2 pessoas*. Em relação ao equilíbrio, ao *Mudar-se de sentado para a posição erecta, não era seguro/firme* mas *Estabilizava com ajuda*. Fazia levante e deslocava-se com ajuda de trabalhadores, sem *Dispositivos de mobilidade*. Não tinha problemas de *Audição ou Visão* e apresentava *Discurso claro*. Não apresentava *Deterioração ou dano na amplitude de movimentos* e não usava *Restrições físicas*. Alimentava-se sozinho, com *Supervisão - Ajuda organizacional*. Era independente na *Mobilidade na cama*.

- Análise do estado mental

A BIMS classificou o utente com *Cognição Severamente prejudicada* (0-7). Na avaliação CAM, foi diagnosticado *Lentificação psicomotora sempre presente*. A *Entrevista do Humor* - PHQ-9 classificou-o com *Depressão moderadamente severa* (15-19). O utente

não apresentava *Sintomas/sinais de psicose*, *Comportamentos agressivos dirigidos a outros ou a si próprio*, nem *Deambulação*.

4.3. Análise do Caso

A institucionalização precoce e desajustada do sujeito, num lar de idosos, não teve factores de saúde ou de funcionalidade na sua génese, de onde se depreende tenham sido de natureza social, possivelmente por desagregação familiar e/ou exclusão social. O sujeito era independente e estava em bom estado físico, funcional e mental quando foi institucionalizado. Independentemente dos factores inerentes à sua institucionalização, conclui-se que este tipo de resposta social dada a esta pessoa, quando tinha 60 anos de idade, foi desadequado. O sujeito não tinha as característica dos demais, por isso não se sentia velho nem participava em actividades com os outros residentes. O indivíduo não precisava do lar, excepto para actividades puramente instrumentais e de hospedagem, inclusivamente, deslocava-se à rua quando lhe convinha e onde consumia álcool. Era um elemento activo e sentia-se útil, assumindo e desempenhando tarefas diariamente. Enfim, "adaptou" a instituição ao seu *modus vivendi*, que lhe foi permitido até ao momento em que lhe "impuseram" a normalização da sua vida no lar.

Quando sentiu a perda de autonomia e do "seu espaço" conquistado ao longo dos anos, entrou em isolamento, apresentando possivelmente um quadro *depressivo majo*r e de ansiedade que desencadearam o *alectuamento*. É nesta condição que perde capacidades funcionais, levando-o à dependência dos trabalhadores na realização das actividades de vida diária básicas.

Pela análise dos dados disponíveis, a depressão e uma intervenção desadequada seriam a causa principal do *alectuamento.* Seria necessária uma intervenção rápida, clara e eficaz, com implementação programada de planos de cuidado multidisciplinares. A avaliação MDS, neste caso, accionaria a avaliação das áreas de cuidado com um conjunto de *disparadores*, antes do *alectuamento*. Como se pode observar na *Tabela 26*, a equipa de cuidadores interviria nas áreas disparadas, com tomada de decisões, desenvolvimento e

implementação de planos de cuidado. No final do programa de intervenção fazer-se-ia nova avaliação/revisão do utente.

Itens indicadores do MDS neste caso.	Itens disparadores de AAC.
C1300D – Sinais e sintomas de delirium – Lentificação motora.	V0200A01A - Delirium
D0200A1 - Entrevista do Humor do Utente - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.	V0200A02A - Bem-estar psicossocial
D0200I1 - Entrevista do Humor do Utente – Pensamento de que estaria melhor morto, ou automutilar-se.	V0200A08A - Estado de humor
D0300 - Pontuação Total da Severidade do PHQ-9.	V0200A12A – Estado nutricional
D0500A1 - Avaliação pelos Funcionários do Humor do Utente - Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.	V0200A17A – Uso de psicotrópicos
D0500I1 - Avaliação pelos Funcionários do Humor do Utente - Pensamento de que estaria melhor morto, ou automutilar-se.	
D0600 - Pontuação Total da Severidade do PHQ-9 da avaliação conduzida pelos trabalhadores.	
E0800 - Rejeição de Cuidados: Presença e frequência.	
E1100 - Mudança no Comportamento ou Outros Sintomas.	
F0500A - Entrevista ao Utente: quão importante é para si ter livros, jornais e revistas para ler?	
F0500B - Entrevista ao Utente: quão importante é para si escutar as músicas que gosta?	
F0500C - Entrevista ao Utente: quão importante é para si estar perto de animais de estimação?	
F0500E - Entrevista ao Utente: quão importante é par a si fazer coisas com grupos de pessoas?	
F0500F - Entrevista ao Utente: quão importante é para si fazer as suas actividades favoritas?	
F0500G - Entrevista ao utente: quão importante é para si ir para a rua tomar ar fresco?	
F0500H - Principal Inquirido sobre as preferências de actividades diárias.	
K0300 – Perda ponderal	
N0400B – Medicação recebida – Ansiolíticos.	
Vo100D – BIMS – pontuação total	
V0100E – PHQ – pontuação total	
V0100F – PHQ – avaliação pelos funcionários.	

Tabela 26 - Descrição dos itens do MDS e respectivos disparadores de AAC

Pela literatura gerontológica e geriátrica actual, depreende-se que a qualidade de cuidado nos lares de idosos ainda é muito indolente. Não pretendendo eleger o RAI como uma solução privilegiada para os problemas relacionados com a qualidade de cuidado, há, no entanto, que realçar a importância deste instrumento no fornecimento de muitas informações multidimensionais, necessárias para se estruturarem planos de cuidado e de reabilitação que possibilitam maior independência dos idosos nos lares de idosos. O RAI, por si só, não pode empreender acções efectivas. Contudo, tem um compromisso com um alicerçado sistema informativo, sobre o qual a prestação de cuidados dos lares pode se basear, permitindo às instituições um maior e mais eficaz compromisso com a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes.

5. **Discussão**

Os utentes *alectuados* da amostra, por esta condição, constituem um grupo de sujeitos diferente dos restantes utentes de lares de idosos. O seu estado funcional é bastante debilitado e o auto-desempenho quase inexistente. Todas as actividades básicas necessitam de assistência, sendo a maioria dos utentes totalmente dependentes de 2 ou mais trabalhadores da instituição, que na maior parte das actividades exercem todo o esforço físico necessário para esta ocorrer. No banho, 10 sujeitos são totalmente dependentes da ajuda de 2 ou mais pessoa. Exceptuando um, os restantes sujeitos encontram-se em risco de contrair úlceras de pressão. Dois sujeitos têm úlceras de pressão. Isto significa que os utentes *alectuados* como subpopulação específica dentro dos lares de idosos necessitam de uma análise específica.

5.1. Heterogeneidade da amostra

A amostra é reduzida mas heterogénea. Dois sujeitos são utentes há 24 e 25 anos, respectivamente, e 4 utentes são residentes admitidos há apenas 1 ano e possivelmente entraram *alectuados*. Dois utentes encontram-se em estado comatoso, um terceiro tem

menos de 6 meses de esperança de vida e um outro tem condições de reabilitação, pelo menos, do estado funcional. 7 utentes apresentam problemas de visão e de comunicação.

Quanto ao estado mental, todos os sujeitos estão prejudicados e metade apresenta sinais de Delirium. 3 utentes apresentam mudança aguda do estado mental. O Teste PHQ-9 assinala 5 utentes com *depressão moderada* ou *moderadamente severa*, 1 utente tem *depressão suave* e 2 não apresentam sintomas de depressão. 2 utentes estão em estado vegetativo e a um outro não foi possível determinar.

No que respeita a problemas de incontinência intestinal e urinária, apenas 1 utente não tem problemas. Os restantes 10 utentes usam fralda ou colector urinário externo e 1 utente usa cateter. 4 utentes sofrem de obstipação.

Verifica-se também heterogeneidade no diagnóstico de doenças activas. Na lista apresentada, 8 utentes são doentes cardiovasculares, dos quais 5 têm hipertensão; 7 sofrem de doenças de natureza neurológica, realçando 1 com doença de Parkinson, 2 com demência, 2 com AVC/AIT e 2 com paraplegia; 3 utentes com doenças pulmonares; 2 com doenças do foro psiquiátrico; 2 com doenças músculo-esqueléticas; 2 com cancro. Curiosamente 1 utente não assinala qualquer doença das elencadas pelo MDS.

No uso de medicamentos de salientar que 7 utentes tomam ansiolíticos e 5 tomam diuréticos.

Quanto a terapias nos últimos 7 dias antes da avaliação, 4 utentes participaram em terapia ocupacional, fisioterapia e/ou psicoterapia. Não foi possível determinar a periodicidade das terapias. Quanto a programas de enfermagem de reabilitação, 2 utentes fazem mobilidade na cama e transferências e 1 utente faz programa de comunicação.

5.2. Adequabilidade do *Resident Assessment Instrument* a pessoas *alectuadas*

A complexa criação e desenvolvimento do RAI, fruto das políticas sociais dos E.U.A., visam, sobretudo, uma eficaz e abrangente gestão de cuidados e de recursos financeiros disponíveis para este tipo de serviços de saúde. Este instrumento global, com um vasto

questionário, incorpora um conjunto de IQ revelados por vários instrumentos de avaliação do estado clínico e funcional dos utentes institucionalizados, bem como a qualidade dos serviços prestados. Quando são detectados problemas e consequente declínio do estado de saúde dos utentes, remete, de forma automática, para planos de cuidados necessários. Contudo, verificam-se algumas lacunas na avaliação de idosos alectuados. Esta condição dos utentes dificulta, em muitas situações, a verificação do seu estado de consciência para a importante participação no processo de avaliação. Na amostra estudada existem utentes em estado vegetativo ou no limiar do estado comatoso que justificam a aplicação da *Escala de Coma de Glasgow* ou de outra, antes de a avaliação ser conduzida. Também os Programas de Enfermagem de Reabilitação bem como as Terapias necessitam de adaptações quando aplicados a utentes alectuados.

Os IQ são um meio para melhoria da qualidade dos cuidados de saúde nas diferentes áreas do RAI. Medem as mudanças clínicas e o desempenho dos serviços de saúde prestados aos utentes. No estudo da amostra verifica-se que alguns indicadores não se ajustam à condição de alectuado, especialmente IQ do *Estado Funcional* e de *Comportamento*.

No estudo verifica-se, também, que a vitamina D é um bom e importante IQ para utentes *alectuados*. Na sua condição nunca, ou raramente, usufruem de exposição solar. No nosso ponto de vista, deveria fazer parte do conjunto de IQ do RAI.

Por fim, salientamos a escassez de estudos sobre pessoas na condição de *alectuado*. Neste sentido, consideramos que este trabalho é, antes de mais, um desafio a novas investigações na área de pessoas *alectuadas*, especificamente, quanto à qualidade do cuidado nos lares de idosos.

BIBLIOGRAFIA

ARAGHIZADEH, Farshid (2005). Fecal Impaction. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. Vol. 18, Nº 2, pp. 117-119.

ARAGÃO, António *et al*. (1997). Alimentação Enteral no Idoso. *Serviço de Medicina I do Hospital da Universidade de Coimbra.* Vol. 4, Nº 2, pp. 96-105.

ALVES, António (1999). Imobilidade - O doente alectuado. *In Geriatria*. Vol. 12, Nº 114, pp. 13-21.

BATES-JENSEN *et al*. (2004). The Minimum Data Set Bedfast Quality Indicator: Differences Among Nursing Homes. *Nursing Research.* Vol. 53, Nº 4, pp. 260-272.

BERG, katherine *et al*. (2002). Identification and Evaluation of Existing Nursing Homes Quality Indicators. *Health Care Financing Review.* Vol. 23, Nº 4, pp. 19-36.

BERNARDO, Ana (2008). Familiar acamado: como cuidar. Disponível em URL: *http://www.cppoetas.pt/upload/5/fckeditor_files/file/HRMar_familiar_acamado_outinv08.pdf.*

BIOLO, Gianni *et al*. (2007). Calorie restriction accelerates the catabolism of lean body mass during two weeks of bed rest. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 86, Nº 2, pp. 366-371.

BJORKMAN, M. *et al.* (2008).Vitamin D supplementation has minor effects on parathyroid hormone and bone turnover markers in vitamin D–deficient bedridden older patients. *Age and Ageing*. Vol. 37, Nº1, pp. 25-31.

BUSATO, Otto (2001). Infecção Urinária (Nefrologia).
Disponível em URL*: http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?258.*

DEL DUCA, Giovâni *et al*. (2009). Disability in relation to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Revista Saúde Pública*. Vol. 43, Nº 5, pp. 1-8.

DELUCA, Hector (2004). Overview of general physiologic features and functions of vitamin D. *American Journal of Clinical Nutrition.* Vol. 80, Nº 6 (supl.), pp. 1689-1696.

FIAVOLÁ, Daniela *et al*. (2005). Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *Archives of Internal Medicine by American Medical Association.* Vol. 293, Nº 11, pp. 1348-1358.

FICK, Donna *et al*. (2003). Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Archives of Internal Medicine by American Medical Association.*Vol. 163, Nº 22, pp. 2716-2724.

GAZALLE, Kratz *et al*. (2004). Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. *Revista de Saúde Pública.* Vol. 38, Nº 3, pp. 365-371.

HAWES, Catherine *et al*. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing.* Vol. 26, Nº 2 (supl.), pp. 19-25.

HAJJAR, Emily *et al.* (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. Vol. 5, Nº 4, pp. 345-351.

HOLTKAMP, C.C. *et al.* (2001). Effects of the implementation of the Resident Assessment Instrument on gaps between perceived needs and nursing care supply for nursing home residents in the Netherlands. *International Journal of Nursing Studies*: Vol. 38, Nº 6, pp. 619-628.

Committee on Nursing Home Regulation. Institute of Medicine (1986). Improving the Quality of Care in Nursing Homes. *National Academy Press. Washington, D.C.*

LOHR, Kathleen (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Vol. I *Institute of Medicine*. Washington DC.

MORRIS, Jonh *et al*. (1995). Long Term Care Facility. Resident Assessment Instrument (RAI). *User's Manual of RAI Version 2.* pp. *3-46.*

MAINZ, Jan (2003). Defining and Classifying Clinical Indicators for Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care,* Vol. 15, Nº 6, pp. 523-530.

MANN, Eva *et al.* (2009). Psycotropic medication use among nursing home residents in Austria: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics,* Vol. 9, Nº 18, pp. 1471-2318.

MEDEIROS-SOUZA, Patrícia *et al*. (2007). Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. *Revista Saúde Pública - Brasil.* Vol. 41, Nº6, pp. 1049-53.

MICHEL, Laura & MEZA, Raquel (1996). El reposo en cama como factor de riesgo que provoca disminución en la funcionalidad en ancianos hospitalizados. *Revista Mexicana de Enfermeria Cardiologica*. Vol. 4, Nº 3, pp. 66-71.

MOTTI, Mônica (2007). Imobilidade, um sério problema para o idoso. Disponível em URL: *http://www.medicinageriatrica.com.br.*

MURPHY E. & BROWN GW. (1980). Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *The British Journal of Psychiatry.* Vol. 136, pp. 326-338.

OUSLANDER, Joseph *et al*. (2003). Consensus Statement on Improving the Quality of Mental Health Care in U.S. Nursing Homes: Management of Depression and Behavioral Symptoms Associated with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 51, Nº9, pp. 1287–1298.

OUSLANDER, Joseph & SCHNELLE, John (1995). Incontinence in the Nursing Home. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 122, Nº 6, pp. 438-449.

PEDROSA, Márcia & CASTRO, Marise (2005). Papel da Vitamina D na Função Neuro-Muscular. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Vol 49, Nº 4, pp. 495-502.

PHILIPS, Charles *et al* (1997). Using the Resident Assessment Instrument for Quality Enhancement in Nursing Homes. *Age and Ageing*. Vol. 26 Nº2 (supl.), pp. 77-81.

RANTZ, Marilyn & POPEJOY, Lory (1998). Using MDS Quality Indicators to Improve Outcomes. *An Aspen Publication*. EUA.

RANTZ, Marilyn *et al*. (2004). Stability and Sensitivity of Nursing Home Quality Indicators. *Journal of Gerontology*. Vol. 59, Nº 1, pp. 79-82.

SALZMAN, Carl (1985). Geriatric Psychopharmacology. *Annual Review of Medicine*. Vol. 36, pp. 217-228.

SANCHES, Marsal. (2000). Uso de Psicofármacos em Pacientes Idosos. *Revista Psiaquiatria na Prática Médica*. Vol. 33, Nº 4, pp. 1-4.

SOUZA, J.C. *et al*. (2003). Sonolência Excessiva Diurna e Uso de Hipnóticos em Idosos. *Reista Psiquiatria Clínica*. Vol. 30, Nº 3, pp. 80-5.

WIENER, Joshua (2007). Nursing Home Care Quality: Twenty Years After The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. *The Henry J. Kaiser Family Foundation*. Washington, DC.

ANEXOS

SInBAD

Estes anexos só estão disponíveis para consulta através do CD-ROM.
Queira por favor dirigir-se ao balcão de atendimento da Biblioteca.

Serviços de Documentação
Universidade de Aveiro