Secção Regional do Sul

Estruturas Residenciais para Idosos: Cuidados com segurança, um desafio emergente!

Estudo realizado pela Secção Regional do Sul junto das

Estruturas Residenciais para Idoso (ERI)

Outubro 2015

Siglas e Abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ERI – Estruturas Residenciais para Idosos

SRS – Secção Regional do Sul

UPP – Úlcera por Pressão

Índice

1. Nota Introdutória 6
2. Contexto do Estudo 7
3. Desenho do Estudo e Análise de Resultados 8
4. Considerações Finais 16
5. Referências Bibliográficas 18

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra quanto à Instituição

Tabela 2: Distribuição da amostra quanto ao risco de desenvolvimento de úlcera por pressão Escala de Braden

Tabela 3: Distribuição da amostra quanto à localização das UPP

Tabela 4: Distribuição da amostra quanto ao horário da queda

Tabela 5: Distribuição da amostra quanto ao local da queda

Tabela 6: Distribuição da amostra quanto à lesão resultante da queda

Tabela 7: Distribuição da amostra quanto à intensidade da dor

Tabela 8: Distribuição da amostra quanto ao grau de dependência

Tabela 9: Distribuição da amostra quanto aos diagnósticos

1. Nota Introdutória

O envelhecimento da população em Portugal é uma realidade e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) no último relatório mundial de envelhecimento e saúde, estima que população com mais de 60 anos em 2050 será o dobro da atual, refere ainda que uma em cada cinco pessoas terá mais de 60 anos.

Nesse sentido, o desafio que se coloca será o de satisfazer uma maior procura de cuidados de saúde, mudar a visão que a população tem sobre os idosos, adaptar sistemas de saúde à nova realidade e manter os sistemas viáveis. Se não forem tomadas medidas adequadas e urgentes, a falta de resposta ao envelhecimento poderá acarretar um vasto conjunto de consequências no plano financeiro, económico e social no nosso país.

Estudos publicados internacionalmente identificam que a presença de enfermeiros aumenta a qualidade dos cuidados prestados: monitorização cuidada do risco de quedas, do controlo da dor e da prevalência do número de úlceras de pressão permitirá uma intervenção precoce, diminuindo a agudização das patologias, reduzindo o número de episódios de idas à urgência hospitalar/ internamentos hospitalares o que se traduzirá por ganhos efetivos para todos.

Na verdade, os enfermeiros devem ser considerados pilares das Estruturas Residenciais de Idosos, exercendo funções várias desde a prestação de cuidados de excelência como: formação das equipas; organização; gestão; articulação, apoio e acompanhamento dos residentes e familiares com uma atitude proactiva na desmistificação do processo de envelhecimento.

Para conhecer a realidade das Estruturas Residenciais para Idosos em Portugal, a Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros promoveu um estudo de caracterização das equipas de Enfermagem e dos residentes nas ERI da região sul.

2. Contexto do Estudo

O envelhecimento da população é um fenómeno demográfico que atinge grande parte dos países, tendendo a universalizar-se, Portugal é um dos países com maior ritmo de envelhecimento a nível mundial, resultado muito baixas taxas de fertilidade e de mortalidade.

O aumento do envelhecimento da população, deve-se a melhoria da qualidade de vida, aos avanços na área da saúde e á diminuição da mortalidade e natalidade, paralelamente a mudança do perfil epidemiológico com as doenças crónicas degenerativas, que compromete a autonomia do idoso como exige a presença de um cuidador permanente.

Importa uma politica do idoso que assegure os direitos sociais, a promoção da autonomia, uma integração e participação do idoso na sociedade,

Grande parte da sociedade, inclusive as famílias não estão preparados para cuidar dos idosos e com os sentimentos que essa falta de preparação acarreta, por isso a procura das ERI, tanto por parte das famílias como pelos próprios idosos

O crescimento sem fiscalização de estruturas residenciais para idosos, muitas vezes sem profissionais qualificados, falta de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros merece uma discussão séria.

Um maior grau de dependência implica um esforço grande das famílias para manter os idosos nos seus meios familiares, umas vezes por exaustão dos cuidadores e outras por impossibilidade de conciliar a vida profissional e pessoal, implica uma institucionalizada não planeada e pouco desejada pelos idosos na maior parte das vezes. “as perdas de capacidade ocorrem comumente durante os últimos anos de vida”(OMS,2015).

3. Desenho do Estudo e Análise de Dados

A fase preparatória deste estudo teve início no ano de 2014, com a realização de várias reuniões com enfermeiros coordenadores das ERI, com quem a Secção Regional do Sul(SRS)da Ordem dos Enfermeiros teve oportunidade de criar e desenvolver um instrumento de registos, bem como identificação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem nas ERI. Realizou durante o ultimo semestre uma caracterização dos idosos e monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem nas ERI.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo correlacional e quantitativo que teve os seguintes objetivos:

a) Determinar a prevalência de úlceras por pressão e quedas em idosos institucionalizados;

b) Caracterizar o risco de queda em idosos institucionalizados;

c) Caracterizar o risco para o aparecimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados;

d) Caracterizar o grau de dependência dos idosos residentes nas ERI na região de Lisboa e Vale do Tejo;

e) Relacionar o grau de dependência com outras variáveis em estudo.

População e amostra

A amostra deste estudo foram 1019 pessoas residentes em estruturas residenciais para idosos (ERI), de ambos os sexos, de dezassete ERI que autorizaram a realização deste estudo. Excluíram-se os idosos que frequentavam as instituições, mas não residiam nas mesmas.

Instrumentos e procedimentos

Foi criado um instrumento em Excel para registo das variáveis em estudo: idade, sexo, tempo de institucionalização, internamento hospitalar, risco de desenvolvimento de UPP, risco de queda, presença e localização de UPP, grau de dependência, diagnósticos médicos, número de horas de cuidados de enfermagem da instituição .

Para além destes dados recolhidos a todos os idosos das ERI foi aplicado o MMSE, a escala de Morse, a escala de Braden e a Escala Modificada de Barthel.

Foi feita formação aos profissionais envolvidos na recolha de dados para uniformizar os procedimentos.

Para o tratamento de dados utilizou-se a estatística descritiva (frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão) e estatística inferencial (Mann-Whitney e qui quadrado).

Análise de Resultados:

Participaram neste estudo 17 ERI. Dos 1024 utentes residentes nas ERI, seis forma excluídos por terem idade inferior a 65 anos. A amostra foram 1019 idosos.

Tabela 1: Distribuição da amostra quanto à Instituição

N. de Instituição	N. de utentes	%
1	118	11,6
2	149	14,6
3	61	6,0
4	12	1,2
5	55	5,4
6	80	7,9
7	21	2,1
8	61	6,0
9	30	2,9
10	52	5,1
11	56	5,5
12	56	5,5
13	61	6,0
14	67	6,6
15	58	5,7
16	20	2,0
17	62	6,1
Total	1019	100,0

Média de idades: 83,55 anos (DP=9,801). Mínimo 47 e máximo 106 anos.

Média de tempo de institucionalização: 1637,64 dias; (DP=1601, 149). Mínimo 1 e máximo 19.575 dias.

Dos 1019 utentes residentes em ERI 203 foram internados numa unidade hospitalar pelo menos uma vez.

O internamento durou em média: 23,83 dias.

Escala de Braden: 31,7% da população tem um score igual ou inferior a 16. De constatar que mais de 50% da população pontua score igual ou superior a 3 para todos os indicadores da escala de Braden.

A escala de Braden é constituída por 6 dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de Ulcera por Pressão (UPP).

A pontuação varia de 1 a 4, exceto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3. Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, consequentemente, maior a exposição ao risco. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco: Alto Risco com Pontuação menor que 16 e Baixo Risco com Pontuação maior ou igual 16.

Tabela 2: Distribuição da amostra quanto aos indicadores da Escala de Braden

	Perceção sensorial	Humidade	atividade	mobilidade	Nutrição	Fricção
1	1,0	2,9	6,8	5,5	1,0	20,4
2	9,7	9,8	30,6	20,2	9,2	25,0
3	31,4	31,2	20,1	24,4	40,8	52,9
4	56,	54,5	40,9	48,3	47,4	
Sem registo	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Total	100	100	100	100	100	100

Da população 4,1% tinha pelo menos uma UPP no momento de admissão na ERI.

A prevalência de UPP é de 8,6% e dos que em algum momento tiveram uma UPP 4,9% já cicatrizaram.

Localização das UPP: 37,9% na região sagrada; 14,7% nos trocnateres; 9,5% nos calcaneos; 14,3% nos maleolos; 23,6% em outros locias (MI, Região isquiática, nadegas).

Tabela 3: Distribuição da amostra quanto à localização das UPP

Local da UPP	Região sagrada	Trocânteres	Calcâneos	Maléolos	Outras
N	36	14	9	15	21
%	37,9	14,7	9,5	14,3	23,6

A ocorrência das UPP aparecem pela interação de diversos fatores, o doente, o ambiente, e a assistência prestada. É assim importante quer os enfermeiros estejam preparados para elaborar e programar estratégias e medidas de prevenção por forma a evitar o aparecimento, bem como o tratamento em cada fase destas lesões.

A avaliação do risco de queda, utilizando a escala de Morse permitiu identificar que 19,7% da população não apresenta risco de queda, a maioria tem baixo risco de queda (50,6%) e 29,7% tem alto risco para a queda.

A pontuação da escala varia entre 0 e 125 pontos, sendo os idosos classificados em sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥51).

Os dados da monitorização das quedas, revelam que 13,6% (N=140) sofreu, pelo menos, uma queda, ao longo dos seis meses, 3,3% (N=34) sofreu duas e 1,6% (N=17) três quedas no período em análise.

Tabela 4: Distribuição da amostra quanto ao horário da queda

Nº da queda		Manhã	Tarde	Noite	Sem registo hora
1ª queda		64	42	33	1
2ª queda		17	9	8	
3ª queda		10	4	3	
Total	N	91	55	44	1
	%	47,6	28,8	23,1	,5

Tabela 5: Distribuição da amostra quanto ao local da queda

Nº da queda		Quarto	WC	Sala	Corredor	Espaço exterior	Outro
1ª queda		62	20	32	6	17	3
2ª queda		21	2	6	2	2	1
3ª queda		9	2	3	1	1	1
Total	N	92	24	41	9	20	5
	%	48,2	12,5	21,5	4,7	10,5	2,6

Tabela 6: Distribuição da amostra quanto à lesão resultante da queda

Nº da queda		Sem lesões	Lesões leves	Lesões moderadas	Lesões graves
1ª queda		68	27	25	20
2ª queda		23	2	7	2
3ª queda		12	0	4	1
Total	N	103	29	36	23
	%	53,9	15,2	18,8	12,1

Somente 10,9% (N=112) da população tem registo de avaliação da dor.

Tabela 7: Distribuição da amostra quanto à intensidade da dor

Intensidade da dor		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total	N	1	8	20	16	12	8	3	2	0	4
	%	1,4	10,8	27	21,6	16,2	10,8	4,1	2,7	0	5,4

Também se avaliou o grau de dependência por meio da Escala Modificada de Barthel validada para a realidade portuguesa que avalia a independência/dependência nas atividades de vida diária: higiene pessoal, banho, vestir-se, alimentar-se, transferências, subir/descer escadas, marcha (ou deslocar-se em cadeira de rodas), eliminação intestinal e eliminação vesical.

A escala pontua entre 0 e 100 pontos, classificando a pessoa em dependência total (0-20), dependência severa (21-60), dependência moderada (61-90), dependência leve (91-99) e independente (100). Sendo este um dos instrumentos de avaliação das atividades de vida diária, e que possui resultados de confiabilidade e validade consistentes (Cassidy et al., 2004).

Tabela 8: Distribuição da amostra quanto ao grau de dependência

Grau de dependência		Total	Severa	Moderada	Leve	Independente
	N	305	269	233	203	9
	%	30	26,3	22,8	20	,9

Internacionalmente, o nível de dependência e o nível de acesso aos cuidados de saúde merece reflexão, a Organização Internacional do Trabalho (OIT,2015) publicou o estudo "Long-term care protection for older persons: A review of coverage

deficits in 46 countries" (Proteção continuada a idosos: uma revisão de défice de cobertura em 46 países). Este estudo afirma que 90,4% das pessoas com mais de 65 anos não tem acesso a serviços continuados de qualidade por falta de trabalhadores nessa área. Segundo este estudo, Portugal é dos países europeus onde as pessoas idosas são mais abandonadas, com menos profissionais a elas dedicados e menos dinheiro alocado.

Tabela 9: Distribuição da amostra quanto aos diagnósticos

Diagnóstico	N	%
Declínio cognitivo	483	46,8
Demência	430	41,7
Diabetes	201	19,5
Doença cardiovascular	651	63,1
Doença respiratória crónica	112	10,9
Doença oncológica	96	9,3

Os resultados da aplicação da correlação se Spearman demonstram que há relação estatisticamente significativa entre o risco de queda e o score de UPP; o risco de queda e o grau de dependência; o risco de UPP e o grau de dependência para $p<0,05$. As UPP diminuem com o aumento do risco de que queda. O risco de queda diminui com o aumento do score da escala modificada de barthel. As UPP aumentam com o aumento do barthel.

4. Considerações Finais:

As Estruturas Residenciais para Idosos, são uma resposta importante para a nossa comunidade, são elas os cuidadores das pessoas idosas, com polipatologias, polimedicados e com necessidades de cuidados de saúde muito importantes.

Uma outra realidade que importa refletir é o crescimento desordenado das estruturas residenciais para idosos, sabemos que "são a principal alternativa para quem perdeu a capacidade do autocuidado, deve proporcionar uma moradia especializada e coletiva" (Gonçalves, et al, 2015), mesmo que culturalmente não sejam bem aceites socialmente.

Com a realização deste estudo onde tivemos oportunidade de acompanhar 1019 idosos em contexto de estruturas residenciais para idosos (ERI) (com uma média de idades: 83,55 anos (DP=9,801), com um mínimo 47 e máximo 106 anos), constatou-se a falta de profissionais de saúde nas ERI, nomeadamente enfermeiros.

O resultado do estudo revela que uma elevada percentagem das instituições não tem enfermeiro diariamente apesar da condição clinica e estado funcional do idoso o justificarem.

Na amostra dos idosos institucionalizados em 17 ERI 99,1% necessita de ajuda em mais do que uma atividade de vida diária, sendo que 56,3% tem dependência severa ou total, o que aumenta o risco de complicações e da necessidade de cuidados permanentes de saúde para prevenir o agravamento da situação de saúde, prevenir o declínio funcional e diminuir o sofrimento associado à dor.

Muitos dos idosos tem duas ou mais doenças crónicas que justificam uma vigilância apertada de saúde: 63,1 % tem problemas cardíacos, 46,8% tem declínio cognitivo, 41,7% tem demências e 19,5% tem diabetes, fazendo em média 8 medicamentos diferentes.

Dos 1019 utentes residentes em ERI 203 foram internados pelo menos uma vez.

É preocupante ainda a prevalência elevada de úlceras por pressão e de risco de queda, existindo várias recomendações internacionais para a implementação de programas de prevenção destes problemas, o que não é possível sem a existência de profissionais qualificados para o efeito.

Importa também uma reflexão sobre a forma como são prestados os cuidados de saúde nestas instituições, não podem ser cuidados da mesma forma que cuidamos as pessoas internadas nos hospitais, independentemente de terem ou não doenças crónicas degenerativas.

O próprio relatório mundial de envelhecimento e saúde da OMS alerta para a necessidade de os cuidados de longa duração garantirem a qualidade e segurança dos idosos.

Fornecer cuidados centrados nos idosos e garantir acesso aos cuidados requer que os sistemas estejam organizados em torno das necessidades e preferências dessa população e exigirá que os serviços se adaptem à idade dos seus residentes e uma maior proximidade com as famílias e comunidades.

Por exemplo, a trajetória do Envelhecimento Saudável de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se elas tiverem acesso a cuidados de saúde acessíveis que otimizem a sua capacidade e se essas vivem em um ambiente de apoio.

5. Referencias Bibliográficas:

Gonçalves MJC, Azevedo Jr SA, Silva J, Souza LN: A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência, São Paulo: Revista Recien. 2015; 5(14):12-18

Almeida IS, Maia LFS: Atuações do enfermeiro na prevenção de úlcera por pressão em idosos institucionalizados; São Paulo: Revista Recien. 2015; 5(13):12-19

Carrilho, L; Gameiro, C; Ribeiro A: Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada, Análise Psicológica (2015), 1 (XXXIII): 121-135

CASSIDY, K., KOTYNIA, R., ACRES, J., FLICKER, L., LAUTENSCHLAGER, N. T., & ALMEIDA, O. P. (2004). Association between lifestyle factors and mental health measures among community-dwelling older women. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, pp. 940-947;

Sobral e Paúl, Reserva Cognitiva, envelhecimento e demências, revista E-Psi,2015,5(1)

Organização Mundial de Saúde(OMS), Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde, 2015

Acedido em : 19OUT2015

http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=53175