

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu





Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





## Resumo

**Introdução:** O aumento da esperança média de vida, é considerado um dos maiores triunfos da sociedade, no entanto, este acarreta desafios para a sociedade atual. Nos idosos, as quedas são consideradas como os acidentes mais frequentes que levam ao aumento da mortalidade e da morbilidade. Ao nível das instituições, a prevalência de quedas é considerada como um critério de qualidade. Assim, o objetivo central consiste em conhecer a prevalência de quedas e os fatores predisponentes.

**Método:** Estudo de natureza quantitativa, retrospectivo, comparativo e descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 200 utentes, 100 utentes internados na tipologia de Longa Duração e Manutenção e 100 utentes internando da tipologia de média Duração e Reabilitação. A colheita de dados visou o contexto sociodemográfico, dados referentes ao internamento, dados relativos ao nível de dependência (Índice de Barthel) e ao risco de queda (Escala de Morse).

**Resultados:** Verificou-se que a maioria da população em estudo é do género feminino (58,5%), e que tem uma média de idade de ronda os 79,3 anos. Dos utentes institucionalizados, 53,5% estavam sozinhos (solteiros, divorciados ou viúvos) e que a nível da escolaridade 66% tinham o 1ºCiclo/4ª classe. Esta amostra trata-se maioritariamente de pessoas reformadas (88,5%). Ao nível da área clinica verificou-se que a maioria da amostra ficou internada menos de 90 dias, sendo que a principais patologias observadas foram do foro cardiovascular e músculo-esquelético 29% e 25,5%, respetivamente. Concluiu-se que a idade, o tempo de permanência na instituição, a incontinência (vesical e intestinal) e a polimedicação, entre outros, são fatores que influenciam o risco de queda dos utentes.

**Conclusão:** os resultados revelaram a existência de fatores preditores no risco de queda, sendo deste modo importante uma avaliação e uma implementação de estratégias que visem a diminuição desta prevalência. Deste modo, conclui-se que se alcançou um maior conhecimento sobre o fenómeno em estudo, o que permite uma melhor adaptação na prática de enfermagem.

**Palavras-Chaves:** Quedas, Dependência, Rede Nacional de Cuidados Continuados, Institucionalização



## Abstract

**Introduction:** The increase in average life expectancy is considered one of society's greatest triumphs, however this entails challenges for it. In the elderly, falls are considered as the most frequent accidents that lead to increased mortality and morbidity. In the institutions, the prevalence of falls is considered as a criterion of quality. Thus, the main objective is to know the prevalence of falls and predisposing factors.

**Method:** Quantitative, retrospective, comparative and descriptive-correlative study. The sample is constituted by 200 patients, 100 patients hospitalized in the Typology of Long Term and Maintenance in the Integrated Unit of Care and 100 users interned in the typology of Medium Term and Rehabilitation in the same unit. Data collection was based on sociodemographic context, data on hospitalization, data on the level of dependence (Barthel scale) and the risk of falling (Morse scale).

**Results:** It was shown that most of the population in the study is female (58,5%) and that their average age is 79,3 years old. Of the patients in the care unit, 53,5% were alone (single, divorced or widowers) and in terms of schooling 66% had 1<sup>st</sup> Cycle/4<sup>th</sup> Class. This sample is mostly about retired people (88,5 %). On the clinical area, it was shown that most people were institutionalized less than 90 days, and that the primary pathologies were cardiovascular and muscle-skeletal (29% and 25,5% respectively). It was concluded that age, time institutionalized and incontinence (both vesical and intestinal), and polypharmacy, among others, are factors that have a great impact on the risk of falls.

**Conclusion:** The results have shown the existence of factors that can be used to predict whether a patient will be at risk for falls, so that an important evaluation and implementation of strategies that aim to decrease this tendency can be put in place. It can be concluded that a greater knowledge of the subject was achieved, which will allow for better nursing practices.

**Keywords:** Falls, Dependency, National Network of Integrated Care Units, Institutionalization



## **Abreviaturas**

AIVD'S – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD'S – Atividades de Vida Diária

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

CV - medida de dispersão

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças



## Índice Geral

<b>Introdução</b> .....	13
<b>I. Parte – Contextualização</b> .....	17
<b>1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</b> .....	19
1.1- Caracterização das Unidades da RNCCI.....	21
1.2- Referenciação e Ingressão na RNCCI .....	22
1.3. Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela .....	23
<b>2. Quedas</b> .....	25
2.1. Envelhecimento.....	26
2.2. Fatores de Risco .....	30
2.3. Indicadores do risco de Queda .....	33
2.4. Indicadores do Grau de Dependência.....	36
2.5. Complicações .....	38
<b>II. Parte – Investigação Empírica</b> .....	43
<b>3. Metodologia</b> .....	45
3.1. Participantes .....	45
3.2. Instrumentos de colheita de dados.....	46
3.3. Procedimento.....	47
<b>4. Resultados</b> .....	51
4.1 Caracterização sociodemográfica.....	51
4.2. Caracterização Clínica.....	54
4.3. Caracterização da queda.....	68
<b>5. Discussão</b> .....	79
Bibliografia .....	88
<b>Anexos</b> .....	91
<b>I. Grelha de Colheita de Dados</b> .....	93
<b>II. Autorização da Escola para a Colheita de Dados</b> .....	95
<b>III. Autorização de Colheita de Dados pela Santa Casa da Misericórdia de Vouzela</b> .....	97



## Índice de Tabelas

Tabela 1: Complicações das quedas em idosos (adaptado de Fundamentos de Geriatria p. 241) .	39
Tabela 2 - Idade em função da tipologia de internamento dos utentes institucionalizado .....	52
Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas em função da tipologia dos utentes institucionalizados ..	53
Tabela 4 - Habilitações literárias e Sit. Profissional em função da tipologia de internamento .....	54
Tabela 5 - Tempo de permanência na UCCI .....	55
Tabela 6 - Origem, tempo de permanência e descanso do cuidado em função da tipologia de internamento .....	56
Tabela 7 - Diagnósticos em função da tipologia do internamento .....	57
Tabela 8 - Eliminação em função da tipologia do internamento .....	58
Tabela 9 - Número de medicação em função do momento da Entrada/saída .....	59
Tabela 10 - Número de medicação em função da tipologia de internamento .....	60
Tabela 11 - Tipo de medicação em função da tipologia de internamento .....	60
Tabela 12 - Polimedicação em função da tipologia de internamento .....	61
Tabela 13 - Polimedicação à entrada vs Polimedicação à saída .....	62
Tabela 14 - Índice de Barthel - entrada e saída.....	62
Tabela 15 - Índice de Barthel vs tipologia .....	63
Tabela 16- Níveis de dependência em função da tipologia .....	63
Tabela 17 - Índice de Barthel à entrada vs Índice de Barthel à saída .....	64
Tabela 18 - Test t para o Índice de Barthel na admissão e na alta em função da tipologia.....	65
Tabela 19 - Escala de Morse à entrada e à saída dos utentes .....	65
Tabela 20 - Escala de Morse em função da tipologia.....	66
Tabela 21 - Níveis de score na Escala de Morse à entrada e à saída .....	66
Tabela 22 - Hábitos de risco .....	67
Tabela 23 - Destino de alta em função da tipologia.....	68
Tabela 24 - Descrição das quedas em função da tipologia .....	68
Tabela 25 - Sequelas das quedas em função da tipologia .....	69
Tabela 26 - Idade da amostra com quedas .....	69
Tabela 27 - Idade da amostra com quedas em função da tipologia .....	70
Tabela 28 - Género vs idade da amostra com quedas .....	70
Tabela 29 - Género da amostra com quedas em função da tipologia .....	71
Tabela 30 - Variáveis da amostra com queda em função da tipologia .....	71
Tabela 31 - Incontinência da amostra com quedas em função da tipologia .....	72
Tabela 32 - Medicação da amostra com quedas em função da tipologia.....	74
Tabela 33 - Valores do Índice de Barthel e da Escala de Morse em função da tipologia .....	75
Tabela 34 - Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável de quedas com as variáveis preditoras do tempo de permanência na instituição .....	76
Tabela 35 - Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável de quedas com as variáveis preditoras da Escala de Morse à entrada e à saída da instituição.....	76
Tabela 36 - Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável de quedas com as variáveis preditoras das condições clínicas.....	77



## **Introdução**

Com a evolução da população tem-se verificado uma diminuição da taxa de natalidade ao longo dos anos e um aumento da esperança média de vida, sendo que a população portuguesa não é exceção, verifica-se, assim, um envelhecimento demográfico. Este fenómeno do envelhecimento é acompanhado por alterações do indivíduo, nomeadamente o aumento da sua fragilidade, proveniente da presença de patologias incapacitantes, crónicas, terminais que aumentam a dependência dos indivíduos e consequentemente a diminuição da sua autonomia.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2004), a população idosa em 2050, será de 53 a 67 idosos para cada 100 indivíduos em idade ativa. Deste modo, e com um cenário pessimista verifica-se uma diminuição da taxa de natalidade, sendo que o número de filhos ronda o 1,3 por mulher, o aumento da esperança de vida à nascença, sendo que atinge os 79 anos para os homens e 85 anos para as mulheres, Portugal entre 2000 e 2050 perderá uma média de 27% da sua população.

Com este decréscimo da população, ainda deverá-se ter em consideração a diminuição das pessoas no activo, associado ao envelhecimento e ao aumento da esperança média de vida. Segundo o INE (2004), em 2050, poderá se verificar a existência de 398 idosos para 100 jovens.

De modo a dar respostas a estas novas alterações na sociedade, nomeadamente nos cuidados de saúde e no apoio social foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que visa ajudar o indivíduo em situação de dependência. Esta rede veio dar resposta a uma série de questões nomeadamente: quando existe dificuldades no seio familiar ou mesmo a incapacidade de prestar os cuidados necessários o que acontece à pessoa? O abandono no domicílio? Falta de vagas nos serviços centrais de saúde por longos períodos? Neste sentido a rede, veio dar uma solução a estas necessidades.

A RNCCI criada pelo decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 surge, assim, no intuito de satisfazer as necessidades de um país caracterizado por um envelhecimento populacional acompanhado de uma escassez de recursos humanos e materiais que permitam fornecer os cuidados de saúde e apoio social adequados para manter a qualidade

de vida e a funcionalidade dos indivíduos para além do ambiente hospitalar diferenciado e do domicílio.

Para garantir a qualidade e a aceitação da instituição é necessário ter em conta vários fatores indicadores de qualidade, estes incluem a evolução na autonomia da pessoa e o número de quedas ocorridas na instituição.

As quedas são eventos que ocorrem em todas as etapas da vida, no entanto, são mais frequentes em crianças e em idosos. Sendo que é nos idosos que se observa uma maior ameaça à autonomia da pessoa e conseqüentemente a sua qualidade de vida.

Segundo o Plano Nacional de Prevenção de Acidentes (DGS, 2010), verifica-se que o mecanismo da lesão mais referido foi a queda em 65% dos casos, com uma incidência maior nos grupos etários extremos, sendo que nas pessoas com mais de 75 anos, 88% apresentaram acidentes causados por queda.

Segundo o estudo referente aos acidentes domésticos e de lazer (ADL), verifica-se que estes acidentes aumentam fortemente a mortalidade e a morbilidade e conseqüentemente apresentam custos elevados ao nível psicológico e emocionais das vítimas e dos familiares. (DGS, 2010).

Neste sentido, a prevenção das quedas surge como um assunto da máxima importância para a saúde pública, devido aos seus prejuízos e morbilidades associadas. Deste modo, investigação das circunstâncias relacionadas com a queda podem trazer informações sobre as suas causas e pistas para fatores de risco importantes (Freitas & Py, 2011).

As quedas normalmente surgem de origem multifatorial, levando a necessidade de realizar uma avaliação multifatorial, de modo a poder determinar pelo menos alguns fatores que possam estar na origem da mesma ou que permitam impedir a ocorrência da mesma, diminuindo assim a sua incidência (Freitas & Py, 2011).

De modo a poder conhecer os fatores de risco existentes nos utentes institucionalizados, que permitam posteriormente reduzir o número de quedas e melhorar os cuidados prestados aos utentes, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo de Prevalência de Quedas na Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela.

A questão central de investigação é: qual é a prevalência de quedas na Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela. Sendo que nos propomos a responder a outras questões:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional) se constituem como preditores na prevalência de quedas na UCCI de Vouzela?
- De que modo as variáveis clínicas relacionadas com o internamento (diagnóstico, tempo de permanência, proveniência, incontinência, presença de dispositivos externos, polimedicação) se constituem como preditores na prevalência de quedas na UCCI de Vouzela.
- De que modo, o grau de dependência nas atividades de vida diária (AVD's) influencia no risco de quedas nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela?

De forma a dar resposta a estas questões, foi necessário levantar os seguintes objetivos: analisar a influencia das variáveis sociodemográficas, relativamente ao risco de queda; analisar a relação existente entre as variáveis clínicas de internamento e a presença de queda; analisar o grau de dependência aquando da admissão e da alta que interfiram na prevalência de quedas; analisar a influencia da tipologia de internamento com a prevalência de quedas, nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela.

Para o presente estudo, foi selecionada uma amostra não probabilística por conveniência pelos últimos 100 utentes internados na UCCI da tipologia de Longa Duração de Manutenção e pelos últimos 100 utentes da UCCI da tipologia de Média Duração de Reabilitação de Vouzela até à data de 31 de Dezembro de 2017. Foram selecionados todos os indivíduos que reúnem os seguintes dados: elementos sociodemográficos, elementos clínicos relativos ao internamento, Escala de Morse à admissão e à saída, Índice de Barthel à admissão e ao momento da alta, tendo-se totalizado um total de 200 indivíduos, sendo que 100% reunia as condições necessárias.

Os dados foram recolhidos através de uma grelha de colheita de dados constituída por questões que permitam caracterizar ao nível sociodemográfico, ao nível clínico e as escalas acima referenciadas.

O presente estudo encontra-se apresentado em duas partes: a primeira parte é referente à parte teórica e enquadramento do estudo, apresentando factos e dados importantes, permitindo assim a sua fundamentação. A segunda parte, apresenta os

determinantes metodológicos usados neste estudo, como: o método, os participantes, o procedimento, a análise dos dados, exposição dos resultados, discussão e conclusões.

Por último é apresentada as referências bibliográficas utilizadas/abordadas ao longo do estudo.

## **I. Parte – Contextualização**



## **1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

Portugal é atualmente um país envelhecido, segundo um estudo do Instituto Nacional de Estatística (INE), quase metade da população portuguesa terá mais de 65 anos dentro dos próximos 60 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Para agravar a situação, segundo um comunicado publicado pela Guarda Nacional Republicana (GNR), refere que existe mais de 45 mil idosos em situação de isolamento, desde viverem sozinhos, ou isolados ou até mesmo as duas situações (Guarda Nacional Republicana, 2017).

Com o aumento progressivo do envelhecimento da população portuguesa, consequência da diminuição da mortalidade e da natalidade, verifica-se uma carência ao nível dos cuidados de saúde. Pois este aumento do envelhecimento associado: ao isolamento, a dependência funcional e as alterações na organização familiar, criam uma nova forma de dependência que obriga a encontrar novas estratégias nos cuidados de saúde e cuidados sociais. Estes cuidados devem dar resposta de uma forma holística ao indivíduo, através de um processo bio-psico-social, permitindo dar uma resposta na perda da autonomia e favorecer a permanência da pessoa na comunidade com a máxima qualidade de vida e o bem-estar da família.

Com estas alterações, surgiram novas necessidades que permitiram dar respostas diferentes e diversificadas que vieram responder a esta nova procura por parte das pessoas idosas com dependência funcional, pessoas com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Assim, verificou-se a existência de carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, resultantes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Desta forma com o intuito de promover a funcionalidade, prevenir, reduzir e adiar as incapacidades, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006, insere-se no âmbito do Programa do XVII Governo constitucional que define como objetivo, a criação de serviços comunitários de proximidade e ajuste ou criação de respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações funcionais.

Deste modo, a RNCCI pretende prestar cuidados adaptados às necessidades do cidadão, permitindo que as pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, e que necessitem de cuidados especializados, apoio social, preventivo, de reabilitação ou paliativos tenham acesso aos cuidados necessários (Segurança Social, 2017).

Apresentando assim como missão principal, a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, destacando dos seguintes objetivos:

- *“A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.*
- *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.*
- *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação.*
- *A melhoria continua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social.*
- *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados.*
- *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação.*
- *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados”* (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2009).

Os Cuidados Continuados Integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no sistema da Segurança Social assentes nos objetivos: recuperação global e da manutenção, num período que se prolonga no tempo além do necessário para o tratamento da fase aguda da doença e/ou da intervenção preventiva, onde se inclui:

- *“A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;*
- *A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.”* (Diário da República, 2006)

Desta forma, para dar cumprimento a estes objetivos foram criadas diversas estruturas que permitem dar as diferentes respostas às diferentes necessidades: Unidades de internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliarias.

### 1.1- Caracterização das Unidades da RNCCI

A RNCCI é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas que prestam cuidados e apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto no domicílio como em instalações próprias (Instituto da Segurança Social, I.P, 2018). Assim, a RNCCI resulta da colaboração entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e da Saúde e de vários prestadores de cuidados de saúde e de Apoio Social.

A RNCCI é constituída por:

- Unidade de internamento:
  - Cuidados Continuados de Convalescença
  - Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação
  - Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção
  - Cuidados Paliativos (inserem-se na Rede Nacional de Cuidados Paliativos)
- Unidades de ambulatório – Unidade de dia e promoção da autonomia
- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e Equipas Comunitárias (inserem-se na Rede)
- Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Atualmente, existem quatro valências de internamento: Unidades de Convalescença, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração de Manutenção.

As Unidades de Convalescença surgem para dar resposta às pessoas que estiveram internadas num hospital devido a uma situação de doença súbita ou agravamento de uma doença já pré-existente, que necessitem de cuidados de saúde, que pela sua complexidade e frequência não podem ser realizados no domicílio. Este internamento tem uma duração de 30 dias (Segurança Social, 2017).

As Unidades de Média Duração de Reabilitação (UMDR) surge para internamentos com duração entre 30 a 90 dias e permite a reabilitação física e psicológica, as pessoas que perderam a autonomia temporariamente e que necessitem de apoio social e que devido a sua frequência e duração não podem ser prestados no domicílio.

As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) surge para dar resposta as pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes graus de dependência e de complexidade e que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio. Estes cuidados têm como objetivo prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida (Segurança Social, 2017). Este internamento tem uma duração de 90 dias ou mais. As ULDM, têm ainda outra valência designada de Descanso do Cuidador, que tem um período máximo de 90 dias e que permite ao cuidador informal descansar, possibilitando às famílias deixar o seu familiar para poderem descansar. Este período pode ser seguido ou intercalado (Segurança Social, 2017).

Ao nível ambulatorio existe os Cuidados Continuados Integrados Domiciliários/Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que permitem um apoio às pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada e que reúnam condições para permanecer no domicílio com apoio, mas que requeiram:

- cuidados fora do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar;
- complexidade de cuidados que exijam um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- frequência de prestação de cuidados superior a 1 vez dia ou 1 hora 30 minutos por dia, no mínimo 3 vezes por semana (Segurança Social, 2017).

Deste modo, a RNCCI, tenta dar resposta as diferentes necessidades que surgem na sociedade e, portanto, todos os anos existem novas atualizações/ alterações na RNCCI.

## 1.2- Referenciação e Ingressão na RNCCI

A ingressão e a referenciação, dos utentes, para a RNCCI cumpre essencialmente o princípio de proporcionar as melhores condições possíveis aos utentes que aí permanecem. Neste sentido, a ingressão na Rede é realizada através da referenciação por parte do Hospital do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ou do Centro de Saúde de residência (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2009).

O ingresso na Rede é realizado pelas Equipas Prestadoras de Cuidados Continuados integrados ou pelas Equipas Gestoras de Altas (EGA) dos hospitais, que através de uma

proposta, solicitam a entrada na Rede mediante o diagnóstico da situação de dependência.

Este ingresso respeita um processo de referenciação próprio, com critérios específicos, que independentemente da tipologia de cuidados, do internamento, ambulatorio ou de apoio domiciliário, é da competência da Equipa Coordenação Local (ECL). Desta forma, é a ECL, que é a responsável pela avaliação da situação clínica e social e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.

Na ingressão na Rede é sempre necessário que o utente e/ou seu representante formalize o seu consentimento informado e as respetivas condições de participação.

Nos entanto, existem fatores de exclusão para o internamento, assim os utentes que se encontram em episódios de doença em fase aguda e com necessidade de estudo de diagnóstico, ou que necessitem de apoio social, ou de doentes infetados com medicação de uso exclusivo hospitalar não podem ingressar nesta Rede (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2009).

A prestação de cuidados termina quando o utente tem alta da Unidade, ou quando já não necessitar de apoio das equipas domiciliárias (Instituto da Segurança Social, I.P, 2018).

### 1.3. Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela

A Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela abriu ao publico em 8 de abril de 2008 com a valência de Longa Duração e Manutenção, altura que que a Santa Casa da Misericórdia de Vouzela (proprietária e responsável pela sua gestão) assinalou os 510 anos de existência.

Esta Unidade situa-se no antigo Hospital de Vouzela, que foi requalificado, através de um projeto aprovado pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), com um investimento superior a 3 milhões de euros, possuindo atualmente 3 andares: rés-do-chão, 1º andar e 2º andar.

Este edifício é constituído por:

- rés-do-chão: Recepção, Serviços Administrativos, Sala de Espera, Gabinete Médico, Gabinete Social, Vestiários, Ginásio, 2 Salas de Fisioterapia e um Oratório.
- 1.º Andar: 4 Enfermarias com 3 camas, 1 Quarto Individual e 1 Enfermaria com 2 camas, Sala de Reuniões, Sala de Enfermagem, Depósito de Medicamentos, Copa, Banhos Assistidos, Casas de Banho, Sala de tratamentos, Refeitório e Cozinha.

- 2.º Andar: 4 Enfermarias com 3 camas cada, 2 Quartos Individuais, 1 Quartos com 2 camas, Sala de Vigilância, Sala de Enfermagem, Copas, Sala de Esterilização, Banho Assistido, Quartos de Banho, Sala de Tratamentos e sala de Convívio com terraço.

A constituição desta Unidade permitia a permanência de 31 utentes de ULDM, no entanto em setembro de 2015 abriu uma nova valência, a Unidade de Média Duração e Reabilitação.

Com a abertura da valência de Média Duração e Reabilitação houve uma nova redistribuição de camas, tendo ficado com 20 camas destinadas à ULDM e 11 camas à UMDR.

O Quadro de Pessoal da Unidade é constituído por um médico de medicina geral e familiar, um médico de medicina física e de reabilitação, enfermeiros, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutica, terapeuta da fala, animador sociocultural, nutricionista, auxiliares de ação médica, auxiliares de serviços gerais e administrativos.

## 2. Quedas

Segundo Santos & Pereira (2003) “*a queda não é mais que a consequência, inevitável, da falência das reações de correção do equilíbrio, incapazes de contrair o que é tendência natural na posição ereta por ação da gravidade.*”

A WHO (2010) refere que a queda é definida como a consequência de qualquer acontecimento que leve a pessoa a cair ao chão contra a sua vontade, sendo estas mais frequentes nas idades extremas, em crianças com menos de 5 anos e em pessoas com mais de 65 anos.

Segundo um relatório publicado pela WHO (2010), 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos sofrem quedas a cada ano, elevando estes números para 32% a 42% para pessoas com mais de 70 anos. A frequência com que corre a queda aumenta com a idade e com o nível de fragilidade, deste modo verifica-se, segundo o mesmo relatório, que as pessoas que vivem em casas de repouso/ERPI's caem com mais frequência dos que os que vivem na comunidade.

Assim, a queda pode ser descrita como um evento em que a pessoa inadvertidamente vai ter ao solo ou a outro local em nível inferior que o anteriormente ocupado, podendo haver ou não perda da consciência ou lesão (Freitas & Py, 2011). Este episódio de desequilíbrio pode ser classificado como: acidental, fisiológico não antecipável ou fisiológico antecipável (Almeida, Soldera, Carli, & Resende, 2012).

Existem diferentes tipos de quedas, (Santos, 2010):

- Pessoas que se desloca de maneira não intencional, indo com o corpo ao chão;
- Pessoa que é amparada durante a queda (podendo mesmo não chegar ao chão);
- Pessoa que escorrega de uma cadeira/poltrona/sanita para o chão.

Dependendo do tipo de queda, estão subjacentes fatores de risco específicos, tornando-se assim necessário uma avaliação cuidada sobre as circunstâncias em que ocorre a queda, tanto a nível de uma avaliação clínica como uma pesquisa epidemiológica.

Desta forma, as quedas são por norma um resultado multifatorial, sendo resultante de fatores intrínsecos (relacionados com a pessoa) e extrínsecos (relacionados com o ambiente e práticas de risco).

Freitas & Py (2011) refere que as quedas são mais prováveis em pessoas que combinem vários factores de risco, do que apenas um único factor. Estudos demonstram por exemplo que as quedas recorrentes aumentam entre as mulheres, viúvos, solteiros ou pessoas com história prévia de fractura, entre outros factores.

Assim, os factores intrínsecos estão relacionados com a pessoa, estes encontram-se envolvidos na perda do equilíbrio, sendo o principal contributo a perda do controle postural como por exemplo a perda dos sinais sensoriais (visão, propriocepção ou sistema vestibular); diminuição do processamento do SNC (demências, défices neurológicos); ou a diminuição da resposta motora. Para além destes factores, existem outros transitórios, como doenças agudas ou a toma/mudança de medicação (anti hipertensores, psicofármacos, anticoagulantes, diuréticos e digitálicos) (Freitas & Py, 2011).

Os factores extrínsecos surgem normalmente nas actividades de vida diária, estando relacionados com os riscos ambientais e nos riscos nas actividades diárias (virar-se, inclinar-se ou esticar-se), encontram-se assim, relacionados com a iluminação, os obstáculos arquitectónicos, vestuário e calçado inadequado, pessoas, animais, entre outros (Fernandes, Miguel, & Pereira, 2010).

Com o aumento da esperança média de vida da população, a idade surge como um factor predominante, visto que pela sua frequência e consequências podem alterar a qualidade de vida.

## 2.1. Envelhecimento

Netto (1996, p.85) define o envelhecimento como *“(...) um processo irreversível, que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte do individuo. Neste sentido é durante a vida inteira que envelhecemos. Portanto, o envelhecimento, enquanto processo, concerne a todos, em qualquer idade. Isto é, não é só o velho que envelhece.”*

Segundo Ermida (1999, p 100), o envelhecimento não se inicia no nascimento, pois podem existir alterações de senescência desde o momento da concepção, motivadas por anomalias genéticas, como também por agressões ambientais durante o desenvolvimento. Assim o envelhecimento inicia-se desde a concepção até ao momento da morte.

Neste seguimento, o envelhecimento pode ser visto como um processo progressivo e dinâmico, definido tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, como

por alterações psicológicas. Estas alterações, segundo Ferreira, Maciel, & Costa (2012) determinam normalmente a perda de capacidade de adaptação ao meio ambiente, podendo ocasionar uma maior vulnerabilidade e conseqüentemente a um aumento da incidência dos processos patológicos. Assim, com o envelhecimento surge, uma maior predisposição para a perda gradual da capacidade funcional e uma maior dependência, levando a uma maior incapacidade nas atividades de vida diária.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), a população atualmente apresenta uma grande diversidade, não existindo atualmente uma pessoa “tipicamente velha”, pois segundo OMS existe pessoas com mais de 80 anos que apresentam níveis de capacidade física e mental comparável com jovens de 20 anos. Desta forma, a sociedade deve criar uma resposta abrangente que dê resposta a estas suas necessidades.

Desta forma, a OMS (2015), define o envelhecimento como sendo um processo complexo. A nível biológico, este é definido como um acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, levando a uma gradual perda das reservas fisiológicas e a um aumento do risco de contrair doenças. Ao nível psicológico, também existe mudanças significativas, pois incluem mudanças ao nível dos seus papéis na família e na sociedade envolvente, que muitas das vezes leva a um isolamento, impedindo assim que o envelhecimento possa ser vivido com a maior qualidade de vida.

No entanto, é de referenciar que a presença destas condições não define as pessoas, pois a sociedade deve estar preparada para colmatar as suas necessidades, tentando que o maior número de pessoas possa beneficiar de um envelhecimento ativo. Envelhecimento este, que independentemente da presença ou ausência de doença promove uma diminuição do impacto destas sobre o estado de saúde e bem-estar da pessoa (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Atualmente, segundo a OMS (2010), pode-se verificar que o número de pessoas com mais de 60 anos está a crescer com grande rapidez, sendo que em 2006 existiam 688 milhões de pessoas, estando estimado que em 2050 existam quase 2 biliões. (WHO, 2010) Assim, *“O envelhecimento da população é um triunfo da humanidade, porém é, também, um desafio para a sociedade”* (WHO, 2010)

Neste sentido, podemos verificar que a pessoa ao longo de toda a vida, vai aprendendo habilidades e conhecimentos que lhe permitem ter autônoma para realizar a suas atividades diárias. No entanto, com o tempo, também se torna mais frágil, não conseguindo realizá-las com a mesma facilidade que tinha anteriormente. Este facto deve-se ao envelhecimento. Com este, uma das mudanças principais é o equilíbrio, sendo este o

responsável pela estabilidade corporal e conseqüentemente quando existe alguma alteração neste existe uma maior propensão para a queda (Danielli Mallmann, 2009).

Lima (2006) refere que “(...) ao longo da vida estão presentes as quedas, porém são mais encaradas como um problema na idade mais avançada (...)”

Assim, no idoso as principais causas das quedas encontram-se relacionadas com as mudanças fisiológicas do envelhecimento, do uso de medicação, de fatores ambientais e comorbidades (musculo esqueléticas, neurológicas e cardiovasculares). Estas mudanças contribuem significativamente para uma diminuição funcional, em consequência das lesões ósseas e musculares, levando a uma limitação da atividade física e ao receio da pessoa em sofrer novas quedas (Freitas & Py, 2011).

Segundo Almeida, Soldera, Carli, & Resende (2012), o equilíbrio é um resultado entre os diversos sistemas do corpo humano, e que com o processo de envelhecimento, podem surgir perdas funcionais que dificultam o correto funcionamento e execução da resposta motora, podendo levar a uma maior tendência para a queda.

O “medo de cair”, no idoso, é uma das conseqüências menos óbvias, no entanto uma das mais sérias, sendo que “90% dos idosos que não sofrem conseqüências lesionais após queda acarretam traumas psicológicos com perda de atividade física e autonomia” (União das Misericórdias Portuguesas, 2011). Deste modo o idoso ao cair fica como receio que este evento se repita, perdendo assim a confiança e conseqüentemente piorando a instabilidade postural, levando à perda da mobilidade e da independência, podendo resultar na restrição de atividades e representar um fator significativo para a transferência do idoso para um ambiente mais limitado e supervisionado (Freitas & Py, 2011).

A queda nos idosos é considerada um problema maior de saúde pública (Fernandes, Miguel, & Pereira, 2010), que normalmente leva a situações de morbidade e/ou mortalidade. Nos países ocidentais, 30% dos idosos apresentam pelo menos uma queda por ano e aproximadamente 15% caem mais do que duas vezes por ano (Fernandes, Miguel, & Pereira, 2010).

Ao nível mundial, as quedas são consideradas um problema público. A OMS estima que ocorrem 424 mil quedas fatais por ano, apresentando-se assim, como a segunda principal causa de morte por lesão não intencional. Sendo que mais de 80% das mortes decorrentes de quedas ocorrem em países de baixa e média renda.

As quedas, apesar de muitas não serem fatais existem cerca de 37,3 milhões quedas por ano consideradas graves, necessitando de cuidados médicos.

Em Portugal, segundo dados do relatório de Acidentes Domésticos e de Lazer – Informação Adequada (ADELIA) referente aos anos de 2006-2008, pode-se verificar:

- em 2006, 14% dos acidentes ocorreram em pessoas com 65 e mais anos, em 2007 essa percentagem diminuiu para 13,7% e em 2008 voltou a aumentar para 15,0%.
- em qualquer um dos anos a maior frequência destes acidentes verificou-se nas mulheres.
- no grupo etário dos 65-74 anos, a grande maioria dos acidentes ocorreram em casa (> 64%) em qualquer um dos anos. Na população com ou mais de 75 anos esta percentagem aumenta para valores superiores a 69%, atingindo no ano de 2008 os 75,5%
- o principal mecanismo de lesão dos acidentes foi a queda. Sendo o grupo etário dos 65-74 anos apresenta 81,1% (2006), 84,4% (2007) e 87,1% (2008). No grupo etário dos 75 e mais anos estes valores acentuam-se, verificando-se 90,4% (2006), 90,2% (2007) e 92,3% (2008).
- Pode-se verificar que a percentagem das quedas no âmbito deste tipo de acidentes tem vindo a aumentar ao longo dos anos analisados.
- Conclui-se que todos os anos a consequência mais frequente das quedas foram as concussões, contusões e hematomas.
- as partes do corpo mais lesadas foram os membros com uma percentagem superior a 47,5%, seguido da cabeça com mais de 23,5%.
- o número de internamentos em consequência de quedas aumenta exponencialmente com a idade. Nos idosos com 75 e mais anos, 10,8% dos que caíram foram internados, em 2007 esse valor aumentou para 11,1 % e em 2008 para 12,5%.
- nos três anos, paralelamente ao aumento de internamentos por queda também se verificou o aumento de demora média do internamento.

Assim, e segundo dados do ADELIA (2010), a maioria dos acidentes com pessoas idosas ocorre dentro de casa, sendo a queda o acidente mais frequente, sendo que 10% das quedas resultam em lesão para os tecidos moles e 6% em fraturas do colo do fémur, do pulso e bacia e que 50% dos idosos que permanecem no chão mais de uma hora morrem nos seis meses seguintes (União das Misericórdias Portuguesas, 2011).

## 2.2.Fatores de Risco

A queda resulta de uma complexa interação entre fatores que aumentam a probabilidade de que esta ocorra, fatores de risco. Os principais fatores de risco apresentam uma grande diversidade de determinantes, podendo afetar diretamente ou indiretamente o bem-estar do utente.

Os fatores risco podem ser categorizados em quatro áreas: biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica. Sendo que quando se aumenta a exposição a umas destas áreas aumenta-se consequentemente o risco de queda (Direção-Geral da Saúde, 2018).

Os fatores de risco biológico envolvem as características dos indivíduos, nomeadamente as que se relacionam com o corpo humano: idade, género e raça. Os fatores de risco comportamentais inserem-se nas ações humanas, emoções e/ou escolhas diárias, são fatores potencialmente modificáveis. Entre os fatores de risco comportamentais mais frequentes encontram-se: o uso de múltiplos de medicamentos, uso excessivo de álcool e comportamento sedentário. Os fatores de risco ambientais incluem-se nas interações de entre as condições físicas do indivíduo e o ambiente que o envolve, nomeadamente escadas, tapetes, iluminação insuficiente, e arquitetura inadequada (Direção-Geral da Saúde, 2018).

Segundo Buksman et al. (2008) existem três fatores de risco: intrínsecos, extrínsecos e os fatores comportamentais ou exposição ao risco.

Assim, estes identificam como fatores de risco intrínseco:

- História prévia de quedas – sendo que se tiver uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte;
- Idade avançada;
- Sexo feminino – existe estudos que comprovam que existe uma maior prevalência de queda nas mulheres do que nos homens;
- Uso de medicamentos - o usos de medicamentos como antiarrítmicos, vasodilatadores, sedativos, diuréticos, psicotrópicos. Sendo que a associação de quatro ou mais medicamentos aumento o risco de queda;

- Condição clínica – presença de doença como hipertensão, diabetes, doenças neurológicas ou articulares (que alteram a força muscular, a marcha ou o equilíbrio), doenças agudas ou situações crônicas podem levar a ocorrência de queda;
- Distúrbios da marcha e equilíbrio – resultante do envelhecimento;
- Sedentarismo – pelas alterações músculo-esqueléticas;
- Estado psicológico – o medo de cair novamente, após uma queda, os estados depressivos;
- Deficiência nutricional – pode levar a uma diminuição da força muscular, distúrbios da marcha e osteoporose;
- Declínio cognitivo;
- Deficiência visual – diminuição da acuidade visual;
- Deficiência auditiva – diminuição da acuidade auditiva;
- Doenças do foro ortopédico – doenças ao nível da cervical que possam provocar tonturas e desequilíbrios, doenças dos pés (calos, úlceras ou dor ao caminhar);
- Estado funcional – o risco de queda está diretamente relacionado com o aumento da dependência funcional.

Ao nível dos fatores de risco extrínsecos, segundo os mesmos autores encontram-se:

- Iluminação inadequada;
- Tapetes soltos ou com abas;
- Superfícies escorregadias;
- Degraus estreitos ou altos;
- Ausência de corrimão em corredores e quartos de banho;
- Prateleiras demasiado altas ou demasiado baixas;
- Vestiário e sapatos inadequados;
- Obstáculos no caminho, como móveis baixos, fios e pequenos objetos;
- Ortóteses inadequadas;
- Via pública em mau estado de conservação.

Relativamente aos fatores de risco comportamentais, estes surgem nas pessoas mais inativas e nas pessoas mais ativas, pelo que têm um maior risco de cair, provavelmente

pela fragilidade das primeiras e pelo grau de exposição ao risco nas segundas (Buksman, Vilela, Pereira, Lino, & Santos, 2008).

Como se pode verificar anteriormente um dos fatores que aumenta o risco de queda é o uso de medicamentos. A utilização de medicamentos está intimamente associada aos cuidados de saúde ao idoso, no entanto, esta utilização pode também representar um importante fator de morbidade, pois o aumento da idade leva a uma maior tendência para um aumento da ingestão de medicamentos, sendo que o metabolismo também com a idade se altera, nomeadamente ao nível da absorção e da metabolização destes no organismo, potencializando efeitos adversos, elevando assim o risco de queda. (Organização Mundial da Saúde, 2015).

A polifarmácia pode ser definida de duas formas, a mais simples e rápida é a contagem numérica da medicação. Este valor varia dependendo de alguns autores, no entanto é mais frequentemente descrito como o usos de 5 ou mais medicamentos; a segundo forma é mais complexa pois aceita a existência de multimorbidades, necessitando assim de mais do que 5 medicamentos, sendo estes aceitáveis para o caso indicado. Desta forma, a polifarmácia pode ser definida como o usos de mais medicamentos do que os que clinicamente indicados (Freitas & Py, 2011).

Neste sentido, para evitar polifarmácia e interações indesejadas foram criados os Critérios de Beers em 2002. Estes são constituídos por dois quadros de medicamentos, incluindo substâncias ou classes que devem ser evitadas pelos idosos independente da sua patologia; no segundo quadro existe 20 situações clínicas e medicamentos a evitar na sua presença, permitindo assim, classificar o grau de inadequação das diferentes substâncias. Os Critérios têm sido atualizados de modo a incluir novos fármacos e incorporar informação mais atualizada. Deste modo, os Critérios de Beers são atualmente os mais difundidos e divulgados na literatura como um instrumento para os profissionais de saúde, contribuindo consequentemente para uma redução da morbidade causada pelos medicamentos (Soares, Fernandez-Limós, Lança, Cabrita, & Morais, 2008).

No entanto, existem autores que reconhecem a importância destes critérios, mas referem que quem não se dedica à geriatria não se encontra familiarizado com estes, tornando-se difícil a sua aplicação (Cuidados Continuados Saude e Apoio Social, 2008).

No entanto, independentemente da situação existem prescrições inapropriadas, sendo estas definidas como aquele cujo o risco de complicação é superior aos eventuais benefícios. Normalmente são considerados inadequados os medicamentos que apresentam meia-vida longa, uma faixa terapêutica estreita ou que as concentrações séricas tóxicas sejam muito próximas das terapêuticas. Neste grupo são considerados, pela maioria dos autores, os benzodiazepínicos de meia-vida longa e os anti-histamínicos, pela associação de sedação prolongada e conseqüente risco de queda, os antidepressivos tricíclicos apresentam propriedades anticolinérgicas que agravam potencialmente quadros já comuns nos idosos, como é o caso de retenção urinária e obstipação intestinal. Outro medicamento que interfere nos idosos é a digoxina que pode apresentar complicações, quando a dose ultrapassa 0,125mg, como por exemplo arritmias e até o óbito (Freitas & Py, 2011).

Deste modo, a prescrição inadequada pode potencializar hospitalizações, reações adversas e também um maior risco de óbito. Assim, deve haver um monitoramento do medicamento, este permite controlar a eficácia deste e a adequação do mesmo ao quadro do idoso. As situações mais frequentes em que se deve realizar a monitorização são:

- dosagem de potássio e creatinina até 1 mês após o início de diuréticos e inibidores da enzima conversora;
- dosagem periódica de INR em utentes que usem varfarina;
- ajuste da dose ou troca do medicamento se em 8 semanas não houver resposta à terapia antidepressiva;
- monitorização do nível sérico de medicamentos, quando indicado (Freitas & Py, 2011).

### 2.3. Indicadores do risco de Queda

No idoso, o rastreamento de problemas de saúde através de ferramentas, possibilita a identificação da necessidade e intervenções individualizadas para cada problema apresentado. O rastreamento pode ser feito pelos profissionais de saúde com a utilização de instrumentos simples e rápidos que permitam a visualização e detecção de alterações ao nível físico, mental e social. Existem diversas escalas, neste trabalho serão utilizadas duas escalas: Escala de Morse e o Índice de Barthel.

Como anteriormente foi mencionado, as quedas podem ter vários fatores predisponentes, nesse sentido, segundo Morse, estas devem ser classificadas para poder intervir e prevenir a sua ocorrência. Pois, “*o aspeto mais importante da prevenção das quedas é antecipar o seu acontecimento.*” (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015). Assim, as quedas são classificadas como: queda acidental; quedas fisiológicas antecipáveis e quedas fisiológicas não antecipáveis.

As quedas acidentais surgem em indivíduos sem fatores de risco para a queda, desta forma, impossíveis de prever, devendo apenas minimizar os riscos ambientais.

As quedas fisiológicas não antecipáveis, decorrem no seguimento de fatores fisiológicos como convulsões, perda de força ou fraturas patológicas, não sendo deste modo previsíveis, estas quedas correspondem a um total de 8% das quedas (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015).

As quedas fisiológicas antecipáveis, são as quedas que ocorrem em pessoas com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda, sendo que estas correspondem aproximadamente 80% do total de quedas, podendo ser potencialmente previsíveis com a utilização da Escala de Morse. (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015).

A Escala de Morse foi criada por Janice Morse em 1985, tendo passado por várias fases de construção até 1989 quando é publicada no artigo “Development of a Scale To Identify the Fall-Prone Patient” (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015), no entanto esta tem vindo a sofrer revisões, sendo a última em 2009.

Esta Escala encontra-se a ser aplicada ao nível internacional, sendo que em Portugal é atualmente utilizada em diversos Centros Hospitalares e a Direção Geral da saúde aconselha/indica a sua utilização para a avaliação do risco de queda. No entanto esta escala ainda se encontra em validação para a população portuguesa. (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015).

A utilização desta escala pressupõe vários princípios básicos:

- deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade;
- a escala deve ser aplicada a todos os utentes com mais de 18 anos;

- o resultado é indicativo do risco de queda, sendo que quanto maior o score maior o risco de queda;
- considera-se alto risco, quando o resultado obtido na escala é superior a 45 pontos.

No entanto existem fatores de exclusão na utilização desta escala, sendo que se deve excluir a sua utilização nos utentes com impossibilidade de queda, ou então que não possuam atividade motora.

É de referir que a escala deve ser aplicada no momento da admissão dos utentes, quando existe alterações ao nível das condições clínicas e após uma queda (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015).

A Escala de Morse encontra-se dividida em seis itens a observar para poder conhecer o risco de queda:

- antecedentes de quedas, sendo que este item não inclui as quedas acidentais, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico;
- a presença de diagnósticos secundários, pois a existência de doenças e/ou condições de saúde como por exemplo: hipotensão, défices nutricionais, tonturas, vertigens, entre outros, podem mesmo quando devidamente medicadas interferir na possibilidade de queda, no entanto os diagnósticos já resolvidos como é o exemplo apendicectomia ou fraturas consolidadas não são considerados diagnósticos secundários visto já não interferirem na condição física;
- o apoio na deambulação, em que se verifica se necessita de apoio para deambulação, existindo três itens em que se pode inserir o utente: sem apoio quando o utente anda sem apoio ou utiliza cadeira de rodas de forma independente, também é considerado sem apoio quando o utente deambula com apoio de terceiros; com auxiliar de marcha, quando o utente utiliza bengala, andarilho ou canadianas de forma independente; e apoiado na mobília, que se verifica quando o utente deambula sozinho apoiado em tudo o que o rodeia.
- A existência ou não de terapia endovenosa/heparina, no entanto a medicação realizada em bólus não é considerada terapia endovenosa;
- O tipo de marcha enquadra vários tipos:
  - marcha normal, em que o utente deambula normalmente, ou anda em cadeira de rodas sendo totalmente independente na sua utilização;

- desequilíbrio fácil, quando o utente se desloca curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, podendo-se apoiar levemente na mobília que o rodeia;
- défice de marcha, quando o utente apresenta dificuldade em levantar-se sozinho, realizando várias tentativas para o fazer. Quando se desloca mantém a cabeça virada para baixo, concentrando-se no chão e agarrando-se a tudo o que o rodeia.

Quando o utente se encontra numa cadeira de rodas, a avaliação deve ser feita através da sua capacidade de se transferir da cadeira para a cama e vice-versa.

- O estado mental/ percepção mental é quando o utente tem consciência ou não das suas limitações, o estado mental é avaliado pelo profissional quando questiona o utente sobre as suas capacidades e se este tem noção do risco e das suas limitações, no entanto é necessário ter em atenção que o estado mental é diferentes da orientação tempo-espacial, pois uma pessoas pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado para as suas limitações (Barbosa, Carvalho, & Cruz, Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização, 2015).

Deste modo, esta escala permite triar de uma forma rápida as pessoas que se encontram em risco de queda, e assim implementar medidas preventivas, criar estratégias de intervenção e monitorizar o risco de queda durante o internamento.

#### 2.4. Indicadores do Grau de Dependência

A Recomendação da Comissão dos Ministros define a dependência como: *“um estado em que se entrontram pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de um assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Actividades de Vida Diária (AVD’s) e Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD’s)”* (Ministério do trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

O grau de dependência varia dependentemente da pessoa, esta variação vai desde o necessitar de uma supervisão ao necessitar de uma ajuda elevada para realizar as AVD’s.

Segundo Karin Wall e São José, a dependência pode ser classificada em vários graus: baixa, média e elevada. Utente com baixo grau de dependência, são utentes que necessitam apenas de supervisão, possuindo ainda autonomia referente à mobilidade e à realização das AVD's.

Dependência em grau moderado, refere-se aos utentes que não precisam apenas de supervisão mas também de auxílio de uma terceira pessoa para desempenhar algumas AVD's.

Utentes com elevada dependência necessitam de apoio intensivo e extensivo, devido ao facto de se encontrarem acamadas ou com elevadas incapacidades ao nível da mobilidade e autonomia, são utentes que dependem exclusivamente de terceiros (Ministério do trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

A avaliação do grau de dependência pode ser feita através de várias Escalas, neste estudo é utilizado o Índice de Barthel, este instrumento avalia o nível de independência do utente na realização das atividades de vida diária: comer, higiene pessoal, utilização do wc, tomar banho, vestir, controlo de esfínteres, deambular, transferência, subir e descer escadas. Na versão original a pontuação varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos), sendo a pontuação mínima de zero, correspondendo a máxima dependência, e a pontuação máxima de cem, correspondendo a independência total nas AVD's.

No entanto, relativamente aos pontos de corte que definem o grau de dependência existe alguma controvérsia entre os autores, como Araújo et al. (2007, p.61) verifica:

*“No sentido de facilitar a interpretação da escala, alguns autores têm proposto a subdivisão do escore total do IB em diferentes categorias (habitualmente quatro ou cinco), embora difiram nos pontos de corte cut-off, o que dificulta a posterior comparação dos resultados. Apesar desta variabilidade, no âmbito da prática clínica, parece consensual a proposta de Granger e colaboradores, citado por (Sulter, Steen e Keyser, 1999), que refere que o escore 60 corresponde ao «ponto de viragem» entre independência/ dependência.”*

Deste modo, o Índice de Barthel é um instrumento de fácil aplicação e de interpretação que com a sua aplicação repetida permite monitorizações longitudinais, e assim é um dos

instrumentos de avaliação de AVD's que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes (Paixão, Júnior, 2005).

## 2.5. Complicações

As quedas são consideradas como a principal causa de morbidade na população geriátrica, sendo que cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem uma queda a cada ano (Kane, Ouslander, Abrass, & Resnick, 2015). Cerca de 40% a 60% das quedas originam algum tipo de lesão, sendo na sua maioria concussões, contusões e hematomas, no entanto 7 a 10% das quedas obrigam a tratamento médico e um terço deste valor requer internamento, nesta percentagem incluem-se fraturas, traumatismos craneiocefálicos e lesões dos membros superiores (Veríssimo, 2014).

Na tabela seguinte é apresentada as principais complicações das quedas. Sendo que as fraturas e as lesões dolorosas das partes moles são as mais frequentes e que muitas das vezes levam ao internamento, consequentemente ao risco de complicações por imobilização de doenças iatrogênicas.

Tabela 1: Complicações das quedas em idosos (adaptado de Fundamentos de Geriatria p. 241)

- Lesões
  - Lesões dolorosas de tecidos moles
  - Fraturas
    - Quadril
    - Femur
    - Úmero
    - Punho
    - Costelas
- Hematoma subdural
- Internamento
  - Complicações da imobilização
  - Risco de doenças iatrogênicas
- Incapacidade
  - Comprometimento da mobilidade decorrente de lesão física
  - Comprometimento da mobilidade decorrente do medo, perda de autoconfiança e restrição da deambulação
- Risco aumentado de institucionalização
- Risco aumentado de óbito

Uma das mais graves consequências das quedas é a fratura, nomeadamente a fratura do quadril e das extremidades inferiores, pois estas levam a uma diminuição da capacidade funcional de uma forma prolongada, comprometendo assim a mobilidade (Veríssimo, 2014).

No entanto, não é necessário que ocorra alguma lesão para existir complicações, pois o medo de uma nova queda pode resultar em uma deficiência substancial, associada à perda de autoconfiança, levando a uma deambulação limitada (podendo ser auto imposta ou imposta pelos cuidadores) que limita as AVD's da pessoa.

Neste sentido, para evitar estas complicações das quedas é necessário prevenir a sua ocorrência.

## 2.6. Medidas Preventivas

As medidas preventivas surgem como medidas de proteção pelo motivo do utente se encontrar exposto a diversas circunstâncias que se potencializam, tornando-se em incidentes de segurança.

Incidente de segurança define-se como “o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente” (Thiana Pasa, 2015). Este incidente pode criar prejuízo para o utente, tornando-se assim num evento adverso. Entre os vários eventos adversos existentes relacionados com a segurança do utente, destaca-se as quedas.

A prevenção das quedas surge assim com elevada importância, permitindo diminuir a morbidade e mortalidade deste evento adverso.

Para evitar este evento, deve-se implementar estratégias, estas podem-se subdividir em três categorias (Thiana Pasa, 2015): estratégias para prevenção relacionadas com o utente; estratégias para prevenção de queda relacionadas com a equipa; estratégias para prevenção de quedas relacionadas com o ambiente.

As estratégias de prevenção relacionadas com o utente surgem com a avaliação do risco de queda, existem vários modelos para a sua avaliação. É através destes modelos/escalas que se pode fazer uma avaliação e posterior intervenção de modo a reduzir os factores de risco associados a queda. Esta avaliação realizada por base de escalas estruturadas, permite aos profissionais de saúde avaliar de forma sistematizada o risco de queda e proceder ao planeamento de estratégias voltadas para a segurança do utente (Thiana Pasa, 2015). Segundo o estudo de Thiana (2015) uma das estratégias mais aplicada foi a de educação aos utentes e/ou acompanhantes, levando ao envolvimento dos mesmo, introduzindo-lhes assim a informação sobre os factores de risco e a sua importância na participação nestas medidas.

As estratégias de prevenção de quedas relacionadas com a equipa profissional, aponta o enfermeiro como o profissional responsável pela elaboração e aplicação das estratégias e dos cuidados ao utente. Desta forma, é o enfermeiro o responsável pela criação dos planos de cuidados do utente e estratégias, que visam a redução do número de quedas e a sua prevenção. No entanto, todas as atuações devem ser multidisciplinares, neste sentido toda a equipa de profissionais de saúde, desde médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc, devem participar de forma ativa na prevenção deste acontecimento. (Thiana Pasa, 2015).

As estratégias de prevenção de quedas relacionadas com o ambiente surgem de modo a garantir um ambiente seguro e com medidas adequadas que permitam a prevenção de queda durante a hospitalização. Estas estratégias não devem ser aplicadas de forma isolada, mas sim em conjunto de modo a aumentar a sua eficácia.

Em suma, a prevenção das quedas é um desafio ao envelhecimento populacional, pois o número de quedas aumenta à medida que o número de idosos aumenta. Segundo a WHO (2010), se não forem tomadas medidas preventivas num futuro imediato, as lesões causadas por quedas sofrerão um aumento de 100% no ano 2030.



## **ii. Parte – Investigação Empírica**



### 3. Metodologia

A investigação científica, segundo FORTIN (2009), é um processo que permite avaliara/analisar fenómenos de modo a obter respostas para questões precisas e que necessitem de uma investigação. Assim, este processo deve ser sistemático e rigoroso permitindo a aquisição de novos conhecimentos.

De modo, para cumprir estes objetivos é necessário proceder ao enquadramento da metodologia, enquadramento este, que se basea num processo racional e da aplicação de um conjunto de técnicas ou de meios que permitam a investigação.

Ao longo deste capítulo, pretende-se deste modo, descrever a metodologia utilizada, nomeadamente à conceptualização da investigação empírica, referindo a questão de investigação e os seus objetivos, seguida da caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos de colheita de dados, e finalmente, os procedimentos que se encontraram inerentes à colheita de dados e seu tratamento estatístico.

#### 3.1.Participantes

A população em estudo refere-se aos utentes internados na UCCI de Vouzela, sendo esta representada pelas duas valências aí existentes, ULDM e UMDR.

A amostra é constituída por elementos representativos da população, esta é caracterizada como sendo probabilística, acidental e por conveniência. É uma amostra não probabilística por conveniência, sendo desta forma formada pelos utentes que se encontraram-se internados nesta instituição. Foram selecionados os últimos 100 utentes internados na ULDM e os últimos 100 na UMDR. Esta seleção deveu-se à base de dados da Plataforma da RNCCI, que regista os últimos 100 utentes que passaram na Unidade.

Nesta amostra, regista-se utentes de ambos os sexos e distribuídos por várias faixas etárias, dados sociodemográficos do internamento, Escala de Morse, Índice de Barthel. Neste caso foram assumidos como critérios de exclusão:

- idade inferior a 18 anos;
- ausência de score na escala de morse;

- ausência de score no índice de Barthel.

Sendo que a amostra obtida é constituída por 200 utentes que reuniram os critérios de inclusão, totalizando 100% da amostra.

### 3.2. Instrumentos de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizados nesta investigação foi uma grelha de preenchimento (ANEXO I), que engloba as variáveis sociodemográficas e variáveis referentes ao internamento.

Na secção das variáveis sociodemográficas é de referir que na variável da profissão foi utilizada a matriz da Classificação Nacional de Profissões (CNP), incluindo as pessoas reformadas. No entanto, para a análise dos dados será referido apenas se se encontra ativo ou reformado.

Ao nível das variáveis referentes ao internamento é utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para proceder à operacionalização das variáveis: diagnóstico principal.

Ao longo do estudo também é realizado o levantamento da presença de dispositivos urinários e a prescrição de medicamentos que possam interferir com o aumento de quedas, nomeadamente: medicação hipertensiva, diurética, digitálica, anticoagulante e psicofármaca.

De modo a avaliar o grau de dependência dos participantes neste estudo, foi aplicado o Índice de Barthel. Este é um instrumento para avaliar o nível de dependência do individuo na realização das AVD's, permitindo assim, neste estudo avaliar o grau de dependência dos utentes. Este instrumento é dividido em várias categorias (alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência da cadeira-cama e deambulação) que podem ser classificadas entre 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 corresponde a dependência total, e a independência pode ser classificada com 5, 10, 15, mediante a categoria. (sequeira CT). O score total pode variara entre 0 e 100 pontos, sendo que quanto maior é o score total maior é a independência do individuo, 90 a 100 – independente, 60 a 89 – ligeiramente independente, 40 a 59 – moderadamente dependente, 20 a 39 – severamente dependente e inferior a 20 totalmente dependente.

Na avaliação do risco de queda, foi utilizado neste estudo a Escala de Morse, que é um instrumento que permite avaliar o risco de queda do utente, encontrando-se subdividida em seis subcategorias que permitem avaliar as diversas vertentes de uma possível queda. É de referir que deve ser vista como um global das subcategorias e não individualmente. Deste modo o score pode variar de 0 a 125.

### 3.3.Procedimento

De forma a dar cumprimento aos pressupostos éticos e logísticos exigidos relativamente à concretização da colheita de dados, foi necessário efetuar um pedido formal à Santa Casa da Misericórdia de Vouzela, para a realização do presente estudo.

Os dados obtidos foram dos últimos 100 utentes de cada tipologia a terem alta até a data de 31 de dezembro de 2017.

O tratamento estatístico teve início com a colheita de dados, prolongando-se até a interpretação dos resultados, deste modo a análise dos dados refere-se ao estudo por meios de testes estatísticos, tendo em consideração a função que as variáveis exercem na investigação (Fortin, 2009).

A secção descritiva tem como objetivo apresentar um conjunto de dados brutos tirados de uma amostra, de modo a que possam ser compreendidos. Estes dados numéricos são normalmente apresentados em tabelas e calcula-se o centro de dispersão dos valores atribuídos aos dados, podendo ser classificados em quatro modos: a distribuição de frequências e os gráficos, as medidas de tendência central, as medidas de dispersão e as medidas de associação (Fortin, 2009).

O tratamento estatístico dos dados deste estudo, foi efetuado informaticamente, utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0 para Windows.

A amostra, segundo um posto de vista da análise descritiva, é caracterizada através de medidas de tendência central (média -  $\bar{x}$ ), medidas de dispersão (coeficiente de variação – CV e desvio-padrão – Dp) e medidas de forma da distribuição dos elementos em estudo (medidas de assimetria e de achatamento).

Deste modo, neste estudo utilizou-se os seguintes procedimentos, sendo que os resultados serão apresentados recorrendo a frequência absoluta e percentual, e os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:

- medidas de tendência central

Partindo deste princípio, usou-se neste estudo os seguintes procedimentos, os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e percentuais, os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a: - Medidas de tendência central: Média ( $\bar{x}$ ); Medidas de dispersão: Dp e CV (%); Medidas de assimetria e achatamento.

CV - medida de dispersão que permite comparar a dispersão de duas variáveis que não são avaliadas com a mesma medida, sendo calculada pela divisão entre o Dp e a média, multiplicando por 100. Neste estudo foram admitidos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2003), sendo:

- $CV \leq 15\%$  - fraca dispersão;
- $15 < CV \leq 30$  - dispersão moderada;
- $CV > 30\%$  - dispersão elevada.

A medida de assimetria Skewness (SK), o enviesamento da distribuição em relação à amostra é calculado através do quociente entre o SK com o erro padrão (Std. Error) –  $SK/Stderror$ , segundo Pestana e Gageiro (2003):

- Quando o valor oscila entre -1.96 e 1.96 a distribuição é simétrica.
- Quando inferior a -1.96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita;
- Quando superior a 1.96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

A análise estatística é mais complexa do que a análise descritiva, pois esta permite aplicar à população total os resultados obtidos, no entanto, por vezes verifica-se que a característica da amostra difere das existentes da população total, dando assim origem ao erro amostral. Assim a estatística inferencial pretende estimar o desvio entre o valor da população e o valor obtido da amostra (Fortin, 2009).

No presente estudo serão utilizados testes não paramétricos, sempre que se verifique o  $n < 30$ . Estes testes permitem ser aplicados a uma ampla diversidade de situações, não exigindo populações distribuídas normalmente e ao contrário dos testes paramétricos podem ser aplicados a dados não numéricos. No entanto, este tipo de testes tende a perder informação pois os dados são frequentemente reduzidos a uma forma qualitativa, requerendo assim uma amostra maior para que se possa rejeitar a hipótese nula (Pestana & Gageiro, 2003).

Para analisar as hipóteses, recorreu-se aos seguintes testes não-paramétricos:

- Resíduos Ajustados

Os resíduos ajustados permitem detetar a significância de certas pressuposições, sempre que se verifique um valor  $\geq 1,96$  e  $\geq -1,96$ , pode-se afirmar que os dados apresentados são estatisticamente significativos.

Ao nível dos testes estatísticos paramétricos, neste estudo foram utilizados:

- Teste t de student

Teste paramétrico que se utiliza para determinar a diferença entre as médias de duas amostras, relativamente a uma variável aleatória contínua (Marôco, 2011).

É de referir que ao longo do trabalho assume-se 5% como valor crítico de significância para os testes estatísticos, resumindo, assume-se um grau de confiança de 95%, rejeitando a existência de associação/diferença quando a probabilidade de erro é superior a este valor. Em suma, neste estudo adotaram-se os seguintes níveis de significância (Pestana & Gageiro, 2003):

- $p \geq 0,05$  – não significativo
- $p < 0,05$  – estatística ligeiramente significativa
- $p < 0,01$  - estatística muito significativa
- $p < 0,001$  – estatística muitíssimo significativa



## 4. Resultados

A análise da estatística descritiva permite a organização das características duma amostra em estudo e da qual se obtém os dados recolhidos. Esta permite caracterizar uma amostra através de tendência central e de dispersão, sendo que para melhor organização, esta análise descritiva dividiu-se da seguinte forma:

- Caracterização sociodemográfica dos utentes;
- caracterização clínica dos utentes;
- Caracterização das circunstâncias em que ocorre a queda.

A apresentação dos dados obtidos é realizada através de tabelas e quadros, acompanhadas por uma análise correspondente. Relativamente a análise inerente das frequências relativas e percentuais, esta será analisada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas/quadros, dando maior relevo aos valores estatisticamente significativos.

### 4.1 Caracterização sociodemográfica

Os resultados apresentados neste subcapítulo correspondem a todo um conjunto de características sociodemográficas do utente internado, nomeadamente para o sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, e profissão atual.

#### **Idade**

As estatísticas relativas à idade revelam que a idade mínima da amostra é de 37 anos, verificada na ULDM e a idade máxima é de 101, verificada na mesma tipologia. A idade média ronda os 79,27 anos, com um desvio padrão de 10,66.

Na UMDR verifica-se uma idade mínima de 49 anos e uma máxima de 94 anos, com uma média de idade de 76,91 anos e um desvio padrão de 9,93. Nas duas tipologias verifica-se uma fraca dispersão ( $CV \leq 15\%$ ). Em ambos os casos verifica-se uma distribuição assimétrica negativa.

*Tabela 2 - Idade em função da tipologia de internamento dos utentes institucionalizado*

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
UMDR	49	94	76.91	9.93	12.91	-2.56	0,19
ULDM	37	101	81.62	11.39	13.95	-7,51	8,79
Idade Total	37	101	79.27	10.66	13,43		

### **Grupo Etário**

Constatou-se que na UMDR, 34% dos utentes da amostra em estudo tinham idade <75 anos, 44% tinham idades compreendidas entre 75 e 84 anos e os restantes 22% tinham uma idade superior a 84 anos. Na ULDM verificou-se que 14% dos utentes apresentavam idade inferior a 74 anos, 43% compreendida entre 75 e 84 e os restantes 43% possuíam uma idade superior a 84 anos.

No global da instituição 24% dos utentes institucionalizados tinham idade inferior a 75 anos, 43,5 tinha idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos e 32,5 % tinha idade superior a 84 anos. Pode ser verificar que relativamente a idade inferior a 75 anos e a idade superior a 84 anos existe um valor de resíduos estatisticamente significativos (tabela 2).

### **Género**

Constatou-se que relativamente ao género, existe uma maior percentagem de mulheres institucionalizadas (58,5%), comparativamente ao género masculino (41,5%). Este facto pode-se verificar nas duas tipologias, sendo que na UMDR verificou-se uma diferença de 45% do sexo masculino para 55% do sexo feminino e na ULDM apresenta-se uma discrepância ainda maior, sendo 38% do sexo masculino para 63% do sexo feminino. Não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,315$ ) (tabela 2).

### **Estado Civil**

Como se pode verificar na tabela 2, relativamente ao estado civil da amostra esta foi dividida em duas subcategorias: 1 - solteiro/divorciado/viúvo e 2- casado/união de facto. Verifica-se que existe uma maior percentagem de utentes da subcategoria 1 (53,5%) em comparação para os casados/União de facto (46,5%). Esta tendência verifica-se nas duas tipologias. Sendo que na UMDR a subcategoria 1 apresenta uma percentagem de 54%, comparativamente aos 46% da subcategoria 2 e na ULDM a subcategoria 1 apresenta

53% da população enquanto que a subcategoria 2 apresenta apenas 47%. Verificando-se ainda que não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,887$ ).

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas em função da tipologia dos utentes institucionalizados

Variáveis	Tipologia		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	UMDR		N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Grupo Etário									15,129	0,001
<75 anos	34	34,0	14	14,0	48	24,0	3,3	-3,3		
75 – 84 anos	44	44,0	43	43,0	87	43,5	0,1	-0,1		
>84 anos	22	22,0	43	43,0	65	32,5	-3,2	3,2		
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0				
Género									1,009	0,315
Masculino	45	45,0	38	38,0	83	41,5	1,0	-1,0		
Feminino	55	55,0	62	62,0	117	58,5	-1,0	1,0		
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0				
Estado Civil									0,020	0,887
Solteiro/divorciado/viuvo	54	54,0	53	53,0	107	53,5	0,1	-0,1		
Casado/União de facto	46	46,0	47	47,0	93	46,5	-0,1	0,1		
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0				

### Habilitações Literárias e Situação profissional

Os dados obtidos relativos as habilitações literárias, demonstrados na tabela 3, verifica-se que 27% dos utentes não possui instrução primária, 66% tem o ensino básico ou a antiga 4<sup>a</sup> classe, que corresponde ao atual 2º ciclo (6º anos de escolaridade) e 6,5% tem o 3º ciclo ou um curso do ensino superior.

Relativamente às diferenças entre tipologias verifica-se que existe um maior número de utentes analfabetos (33%) na tipologia de ULDM, comparativamente à UMDR que apresenta um valor de 22%. No entanto, também se pode verificar que a UMDR apresenta um valor mais elevado correspondente aos utentes que têm o 3º ciclo ou ensino superior (11%), comparativamente aos 2% na ULDM. Verificou-se igualmente a existência de diferenças ligeiramente significativas entre as habilitações literárias e a tipologia ( $p=0,015$ ).

## Situação Profissional

Ao nível da situação profissional, esta categoria foi dividida em duas grupos, utente que se encontra reformado ou que ainda se encontra no activo. Verificou-se que no total 88.5% encontrava-se reformado, sendo a sua maioria na ULDM com 97% dos utentes reformados e 80% na UMDR.

Relativamente aos activos verificou-se que na UMDR existia 20% dos utentes no ativo e apenas 2% na ULDM. Perfazendo um total de 11.5% de utentes no ativo. Verificou-se que através dos resíduos ajustados que os dados apresentados são estatisticamente significativos.

Tabela 4 - Habilitações literárias e Sit. Profissional em função da tipologia de internamento

Variáveis	Tipologia		UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%	UMDR	ULDM				
<b>Hab Literárias</b>												
<b>Analfabeto</b>	22	22,0	33	33,0	55	27,5	-1,7	1,7			8,461	0,015
<b>Ensino Básico/4ª Classe</b>	67	67,0	65	65,0	132	66,0	0,3	-0,3				
<b>3º Ciclo ou Superior</b>	11	11,0	2	2,0	13	6,5	2,6	-2,6				
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>						
<b>Situação Profissional</b>												
<b>Reformado</b>	80	80,0	97	97,0	177	88,5	-3,8	3,8			14,198	0,000
<b>Ativo</b>	20	20,0	3	3,0	23	11,5	3,8	-3,8				
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>						

## 4.2. Caracterização Clínica

### Proveniência

Segundo a tabela 4 pode-se verificar que 46% dos utentes vieram do domicílio e que 52% foram provenientes do hospital e apenas 2% foram transferidos para esta instituição.

Relativamente às tipologias, verifica-se que na UMDR a proveniência mais comum é do hospital com 64%, sendo que 33% vieram do domicílio e apenas 3% foram provenientes de transferências entre UCCI's. Na ULDM, verifica-se que é mais comum a proveniência do domicílio com 59% dos utentes, sendo que 40% vieram do hospital e

apenas 1% veio através de transferência de outras unidades. Apresentando diferenças altamente significativas ( $p=0,001$ ).

### Tempo de Permanência

Constatou-se que no total de tempo de permanência, 62,5% permaneceu menos de 90 dias na instituição, sendo que 29,5% permaneceu entre 90 a 179 dias e 8% permaneceu um tempo superior a 179 dias. Havendo diferenças altamente significativas ( $P=0,000$ ).

Relativamente à tipologia verificou-se que na UMDR o tempo de permanência mais comum foi inferior a 90 dias (58%), sendo que 40% permaneceu entre 90 a 197 dias e apenas 2% permaneceu um tempo superior a 179 dias. No caso da ULDM verificou-se que 67% permaneceu menos de 90 dias, 19% entre 90 a 179 dias e 14% permaneceu um tempo superior a 179 dias (tabela 5).

De um modo mais concreto, verifica-se que o tempo mínimo de permanência na instituição foi de 1 dia (verificado na tipologia de Longa Duração) e o tempo máximo foi de 264 dias (na mesma tipologia), com uma média de 83,36 dias e um desvio padrão de 50,40. A nível de dispersão apresenta uma elevada dispersão ( $CV>30\%$ ) (tabela 4).

Tabela 5 - Tempo de permanência na UCCI

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>UMDR</b>	3	181	83,49	40,79	48,86	0,02	1,09
<b>ULDM</b>	1	264	83,23	60,01	72,10	3,45	0,09
<b>Tempo de Permanência Total</b>	<b>1</b>	<b>264</b>	<b>83,36</b>	<b>50,40</b>	<b>60,48</b>		

### Descanso do Cuidador

Segundo a tabela 5, pode-se verificar que relativamente à modalidade de Descanso do Cuidador é mais frequente na ULDM, 59% dos utentes entraram para esta modalidade, enquanto apenas 6% entraram para esta modalidade pela UMDR, havendo deste modo diferenças altamente significativas ( $P=0,000$ ).

Tabela 6 - Origem, tempo de permanência e descanso do cuidado em função da tipologia de internamento

Variáveis	Tipologia		UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM				
Proveniência											13,886	0,001
<b>Domicílio</b>	33	33,0	59	59,0	92	46,0	-3,7	3,7				
<b>Hospital</b>	64	64,0	40	40,0	104	52,0	3,4	-3,4				
<b>Transferência</b>	3	3,0	1	1,0	4	2,0	1,0	-1,0				
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>						
Temp. Permanencia											17,123	0,000
<b>&lt;90 dias</b>	58	58,0	67	67,0	125	62,5	-1,3	1,3				
<b>90 – 179 dias</b>	40	40,0	19	19,0	59	29,5	3,3	-3,3				
<b>&gt;179 dias</b>	2	2,0	14	14,0	16	8,0	-3,1	3,1				
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>						
Desc. Cuidador											64,023	0,000
<b>Sim</b>	6	6,0	59	59,0	65	32,5	-8,0	8,0				
<b>Não</b>	94	94,0	41	41,0	135	67,5	8,0	-8,0				
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>						

### Diagnóstico principal

Constatou-se que as principais patologias diagnosticadas nos utentes na UCCI de Vouzela foram: 29% doenças do sistema cardiovascular, 26.5% doenças do sistema músculo-esquelético, 22.5% doenças do sistema nervoso, 6.5% doenças do sistema respiratório e 15.5% de outras patologias.

As principais patologias diagnosticadas na UMDR foram: 36% doenças do sistema músculo-esquelético, 26% doenças do sistema cardiovascular, 24% doença do sistema nervoso, 6% doenças do sistema tegumentar, 3% doenças do sistema respiratório e 5% de outras patologias.

Na ULDM, as patologias diagnosticadas mais frequentes são: 32% doenças do sistema cardiovascular, 21% doenças do sistema nervoso, 17% doenças do sistema músculo-esquelético, 10% doenças do sistema respiratório, 7% transtornos mentais/comportamentais e 13% de outras patologias. Foram encontradas diferenças ligeiramente significativas ( $p=0.015$ ) (tabela 6).

### Diagnósticos Secundários

Segundo a tabela 6, os diagnósticos secundários mais frequentes, apresentado pelos utentes no momento de admissão, são: 54.5% doenças cardiovasculares, 15.5% doenças do sistema endócrino, 8% doenças do sistema nervoso, 5% doenças do sistema respiratório e 15.5% de

outras doenças secundárias. Verificou-se que 1% dos utentes não apresentava diagnóstico secundário.

Relativamente a UMDR, verificou-se que os seguintes diagnósticos: 62% doenças do sistema cardiovascular, 16% do sistema endócrino, 6% do sistema respiratório, 5% do sistema nervoso e 10% de outros sistemas. Em relação aos diagnósticos secundários na ULDM verificou-se: 47% do sistema cardiovascular, 15% do sistema endócrino, 11% do sistema nervoso, 5% nos sistemas geniturinário, doenças do sangue e sistema respiratório, e nos restantes sistemas verificou-se 12%. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7 - Diagnósticos em função da tipologia do internamento

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Diagnóstico Principal</b>									21,97	0,015
<b>Sistema Cardiovascular</b>	26	26,0	32	32,0	58	29,0	-0,9	0,9		
<b>Sistema Respiratório</b>	3	3,0	10	10,0	13	6,5	-2,0	2,0		
<b>Sistema Endócrino</b>	1	1,0	1	1,0	2	1,0	0,0	0,0		
<b>Doenças do sangue</b>	0	0	1	1,0	1	0,5	-1,0	1,0		
<b>Sistema Gastrointestinal</b>	1	1,0	2	2,0	3	1,5	-0,6	0,6		
<b>Sistema Geniturinário</b>	2	2,0	1	1,0	3	1,5	0,6	-0,6		
<b>Transtornos mentais/comport.</b>	1	1,0	7	7,0	8	4,0	-2,2	2,2		
<b>Sistema nervoso</b>	24	24,0	21	21,0	45	22,5	0,5	-0,5		
<b>Sistema Músculo-esquelético</b>	36	36,0	17	17,0	53	26,5	3,0	-3,0		
<b>Sistema Tegumentar</b>	6	6,0	4	4,0	10	5,0	0,6	-0,6		
<b>Neoplasia</b>	0	0,0	4	4,0	4	2,0	-2,0	2,0		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Diagnóstico Secundário</b>									14,06	0,170
<b>Sem diagnostico sec.</b>	0	0	2	2,0	2	1,0	-1,4	1,4		
<b>Sistema Cardiovascular</b>	62	62,0	47	47,0	109	54,5	2,1	-2,1		
<b>Sistema Respiratório</b>	6	6,0	5	5,0	11	5,5	0,3	-0,3		
<b>Sistema Endócrino</b>	16	16,0	15	15,0	31	15,5	0,2	-0,2		
<b>Doenças do sangue</b>	1	1,0	5	5,0	6	3,0	-1,7	1,7		
<b>Sistema gastrointestinal</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0		
<b>Sistema Geniturinário</b>	2	2,0	5	5,0	7	3,5	-1,2	1,2		
<b>Transtornos mentais/comport.</b>	2	2,0	4	4,0	6	3,0	-0,8	0,8		
<b>Sistema nervoso</b>	5	5,0	11	11,0	16	8,0	-1,6	1,6		
<b>Sistema Músculo-esquelético</b>	3	3,0	3	3,0	6	3,0	0,0	0,0		
<b>Sistema Tegumentar</b>	2	2,0	0	0,0	2	1,0	1,4	-1,4		
<b>Neoplasia</b>	1	1,0	3	3,0	4	2,0	-1,0	1,0		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				

## Incontinência urinária e fecal

Pode-se constatar que a nível de incontinência urinária, existe uma percentagem de 60% da amostra que é incontinente, sendo que a UMDR apresenta uma percentagem de 53% na incontinência, contra 47% da amostra que é continente vesical. Na ULDM verifica-se a mesma predisponência, sendo ainda mais evidente, 67% da amostra é incontinente vesical e 33% é continente. Apresentando diferenças estatísticas ligeiramente significativas ( $p=0.043$ ).

Relativamente à eliminação fecal, verifica-se que 52.5% é continente fecal e 47.5% é incontinente no total da amostra. Em relação á tipologia, na UMDR, 57% é continente fecal, contra 43% que é incontinente e na ULDM verifica-se que 52% é incontinente fecal e 48% é continente. Não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.203$ ).

## Presença de Sonda vesical

Na amostra dos utentes institucionalizados em estudo, verificou-se que 76.5% dos utentes não precisaram de colocação de cateterismo vesical. Na UMDR, foram registados 26% cateterismos vesicais e na ULMD verificou-se que 21% da amostra foi algaliada. Não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.404$ ).

Tabela 8 - Eliminação em função da tipologia do internamento

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Incontinente vesical</b>									4,083	0,043
<b>Sím</b>	53	53,0	67	67,0	120	60,0	-2,0	2,0		
<b>Não</b>	47	47,0	33	33,0	80	40,0	2,0	-2,0		
<b>Total</b>	100	100,0	100	100,0	200	100,0				
<b>Incont. intestinal</b>									1,624	0,203
<b>Sim</b>	43	43,0	52	52,0	95	47,5	-1,3	1,3		
<b>Não</b>	57	57,0	48	48,0	105	52,5	1,3	-1,3		
<b>Total</b>	100	100,0	100	100,0	200	100,0				
<b>Portador de SV</b>									0,695	0,404
<b>Sim</b>	26	26,0	21	21,0	47	23,5	0,8	-0,8		
<b>Não</b>	74	74,0	79	79,0	153	76,5	-0,8	0,8		
<b>Total</b>	100	100,0	100	100,0	200	100,0				

## Número de medicação à entrada / saída

Na amostra de utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela em estudo, registou-se um número mínimo de medicação no momento da entrada do utente de 0 e um número máximo 17 medicamentos por utente. A média do número de medicamento à entrada é de 7.75, com um desvio padrão de 3.33, apresentando uma elevada dispersão ( $CV > 30$ ) (tabela 8). Atendendo aos dados obtidos, verifica-se na UMDR o número mínimo de medicação à entrada é de 2 medicamentos e um máximo de 17 por utente, sendo que a média é de 8.09, com um desvio padrão de 39.55. Na ULDM, o número mínimo é de 0 e o número máximo é de 17 medicamentos, em que a média de medicamentos à entrada é de 7.41 com um desvio padrão de 3.44 (tabela 9).

Tabela 9 - Número de medicação em função do momento da Entrada/saída

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Medicação Total							
Entrada	0	17	7,75	3,33	42,96	1,54	-0,184
Saída	0	22	9,32	3,63	38,94	1,43	1,13
Total	0	22	8,54	3,48	40,95		

Relativamente ao número de medicamentos à saída por utente, verificou-se um número mínimo de 0 e um número máximo de 22, em que a média é de 9.32, com um desvio padrão de 3.63 e com uma elevada dispersão ( $CV > 30$ ) (tabela 8). Consta-se que na UMDR ao momento da saída, o número mínimo de medicamento por utente é de 2 e o número máximo é de 22, com uma média de 9.78, desvio padrão de 3.63 e com uma elevada dispersão ( $CV > 30$ ). No caso da ULDM, o número mínimo de medicamentos à saída é de 0 e o número máximo de 20 medicamentos, com uma média de 8.87, desvio padrão de 3.61 e com uma alta dispersão. (tabela 10)

## Tipo de medicação

Atendendo aos dados obtidos, verifica-se que relativamente à medicação hipertensiva um total de 63% da amostra realiza medicamentos hipertensivos. Na UMDR constata-se que 59% da população realiza medicação hipertensiva, contra 41%. Na ULDM, 61% realiza medicação para a hipertensão. Não existe diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.241$ ) (tabela 10).

Relativamente a toma de medicação diurética, verifica-se que 34% toma este tipo de medicamento, sendo que na UMDR apresenta uma toma de 37% e na ULDM 31%. Não existindo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.370$ ) (tabela 10).

Tabela 10 - Número de medicação em função da tipologia de internamento

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Medicação Entrada</b>							
<b>UMDR</b>	2	17	8,09	3,20	39,55	1,39	0,031
<b>ULDM</b>	0	17	7,41	3,44	46,42	1,08	0,22
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>7,75</b>	<b>3,32</b>	<b>42,98</b>		
<b>Medicação Saída</b>							
<b>UMDR</b>	2	22	9,78	3,63	37,11	1,59	0,89
<b>ULDM</b>	0	20	8,87	3,61	40,69	0,49	0,65
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>9,33</b>	<b>3,62</b>	<b>38,90</b>		

A toma de medicação digitalica assume 7% da população em estudo, sendo que apenas 7% da amostra na UMDR e na ULDM tomam este tipo de medicação.

Tabela 11 - Tipo de medicação em função da tipologia de internamento

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>HTA</b>									1,373	0,241
Sim	59	59,0	67	67,0	126	63,0	-1,2	1,2		
Não	41	41,0	33	33,0	74	37,0	1,2	-1,2		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Diurética</b>									0,802	0,370
Sim	37,0	37,0	31	31,0	68	34,0	0,9	-0,9		
Não	63	63,0	69	69,0	132	66,0	-0,9	0,9		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Digitática</b>									0,000	1,00
Sim	7	7,0	7	7,0	14	7,0	0,0	0,0		
Não	93	93,0	93	93,0	186	93,0	0,0	0,0		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Anticoagulante</b>									3,507	0,061
Sim	66	66,0	53	53,0	119	59,5	1,9	-1,9		
Não	34	34,0	47	47,0	81	40,5	-1,9	1,9		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Psicofármacos</b>									0,029	0,866
Sim	77	77,0	78	78,0	155	77,5	-0,2	0,2		
Não	23	23,0	22	22,0	45	22,5	0,2	-0,2		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				

Não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=1.00$ ) (tabela 10).

Relativamente a medicação anticoagulante, constata-se que 59.5% da amostra realiza este tipo de medicação, sendo que na UMDR, 66% da amostra realização anticoagulantes e na ULDM, 47% não realiza anticoagulantes. Não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.06$ ) (tabela 10).

Na tabela 10, pode-se constatar que ao nível dos psicofármacos, 77.5% da amostra realiza este tipo de medicamentos, sendo que ao nível da UMDR, 77% toma este fármaco, sendo que na ULDM verifica-se uma toma de 78%. Não apresentando diferenças estatisticamente significativas ( $p=8.66$ ).

### Polimedicação

Na tabela 12, verifica-se que à entrada 72.5% dos utentes apresenta polimedicação, isto é, toma mais de 4 medicamentos diferentes. Na UMDR, 76% da amostra já se encontra a fazer mais de 4 medicamento no momento da entrada na instituição. Na ULDM, verifica-se um valor ligeiramente menor, 69%. Não são verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.268$ ).

Relativamente, ao momento da saída, constata-se que 88.5% da amostra apresenta polimedicação, sendo que na UMDR, 91% realiza mais de 4 medicamentos à saída e na ULDM, 86% também apresenta polimedicação. Não sendo verificadas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.268$ ).

Tabela 12 - Polimedicação em função da tipologia de internamento

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Polimedicação à entrada</b>										
Sim	76	76,0	69	69,0	145	72,5	1,1	-1,1	1,229	0,268
Não	24	24,0	31	31,0	55	27,5	-1,1	1,1		
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0				
<b>Polimedicação à saída</b>										
Sim	91	91,0	86	86,0	177	88,5	1,1	-1,1	1,228	0,268
Não	9	9,0	14	14,0	23	11,5	-1,1	1,1		
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0				

Relativamente a polimedicação, comparativamente à entrada e a saída dos utentes, verifica-se que 22 utentes permaneceram não polimedicados e 1 utente entrou polimedicado e saiu com menos de 4 medicamentos prescritos. No entanto, 33 utentes entraram não polimedicados e no momento da alta apresentavam-se polimedicados e 144 permaneceram polimedicados. Apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.00$ ) (tabela 13).

Tabela 13 - Polimedicação à entrada vs Polimedicação à saída

Variáveis	Polimed. à saída		Sim		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Polimed. à entrada									60,544	0,00
<b>Não</b>	22	95,7	33	18,6	55	27,5	7,8	-7,8		
<b>Sim</b>	1	4,3	144	81,4	145	72,5	-7,8	7,8		
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0				

### Índice de Barthel

Constata-se, através da tabela 14, que o valor mínimo do Índice de Barthel à entrada é de 0 e o valor máximo verificado é de 95, com uma média de 23.33, um desvio padrão de 24.34 e com uma elevada dispersão. Relativamente à saída, verifica-se que o valor mínimo é de 0 e valor máximo é de 100, apresentando uma média de 28.71, desvio padrão de 27.63 e uma elevada dispersão.

Tabela 14 - Índice de Barthel - entrada e saída

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Índice de Barthel							
<b>Entrada</b>	0	95	23,33	24,34	104	4,71	-0,982
<b>Saída</b>	0	100	28,71	27,63	96,23	3,55	-2,42
Total	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>26,02</b>	<b>25,98</b>	<b>100</b>		

O valor mínimo no Índice de Barthel à entrada na UMDR é de 0, sendo o valor máximo de 95, sendo que apresenta uma média aproximadamente de 26.25 e com um desvio padrão 26.79 (tabela 14). Na ULDM, apresenta-se o mesmo valor de mínimo e máximo, com uma média de 20.40 e um desvio padrão de 22.55 e uma elevada dispersão.

Constata-se que à saída o valor mínimo do Índice de Barthel é 0 e o máximo é 100, verificado na ULDM. Na UMDR, verifica-se o que valor máximo registado é de 95 (tabela 15).

Tabela 15 - Índice de Barthel vs tipologia

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Índice à Bathel à entrada</b>							
<b>UMDR</b>	0	95	26,25	26,79	102,01	2,435	-1,80
<b>ULDM</b>	0	95	20,40	22,55	110,52	4,43	1,18
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>95</b>	<b>23,33</b>	<b>24,67</b>	<b>106,27</b>		
<b>Índice de Barthel à saída</b>							
<b>UMDR</b>	0	100	34,36	30,03	87,39	1,31	-2,66
<b>ULDM</b>	0	95	23,05	23,83	103,38	3,63	-0,46
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>100</b>	<b>28,71</b>	<b>26,93</b>	<b>95,39</b>		

Relativamente ao score do Índice de Barthel, verifica-se à entrada na UMDR, 66% da amostra era severamente dependente, 19% era moderadamente dependente e 15% ligeiramente dependente. Na ULDM, 79% era severamente dependente nas AVD's, 12% moderadamente dependente e 9% ligeiramente dependente, sendo que num total da amostra 72.5% era severamente dependente, 15.5% moderadamente e 24% ligeiramente dependente.

Tabela 16- Níveis de dependência em função da tipologia

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Barthel entrada</b>										
<b>Severa dependente</b>	66	66,0	79	79,0	145	72,5	-2,1	2,1	4,246	0,120
<b>Moderada dependente</b>	19	19,0	12	12,0	31	15,5	1,4	-1,4		
<b>Ligeira dependente</b>	15	15,0	9	9,0	24	12,0	1,3	-1,3		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Barthel saída</b>										
<b>Severa dependente</b>	55	55,0	74	74,0	129	64,5	-2,8	2,8	11,603	0,003
<b>Moderada dependente</b>	15	15,0	15	15,0	30	15,0	0,0	0,0		
<b>Ligeira dependente</b>	30	30,0	11	11,0	41	20,5	3,3	-3,3		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				

À saída, pode-se observar que na UMDR, 55% da amostra era severamente dependente, 15% moderadamente e 30% ligeiramente dependente. Na ULDM verifica-se que 74% da amostra era severamente dependente, 15% moderadamente dependente e 11% ligeiramente dependente. Apresentado um total de 72.5% de severamente dependente, 15.5% dependência moderada e 20.5% ligeiramente dependentes.

Na tabela 17, pode ser observado que 128 utentes entraram com uma dependência severa e mantiveram-se com a mesma dependência até ao momento da alta, 7 utentes que entraram severamente dependentes ao momento da alta apresentam-se moderadamente dependentes e 10 utentes que entraram com dependência severa saíram com dependência ligeira.

Existiu 1 utente que entrou com dependência moderada e no momento da alta apresentava uma dependência severa, 22 utentes mantiveram o mesmo grau de dependência (moderada) e 8 utentes que entram com dependência moderada tiveram alta com dependência ligeira.

Relativamente aos utentes que entraram com dependência ligeira, nenhum passou a dependência severa, 1 agravou para dependência moderada e 23 mantiveram-se com dependência ligeira (tabela 17).

Tabela 17 - Índice de Barthel à entrada vs Índice de Barthel à saída

Variáveis	Barthel à entrada		Severa		Moderada		ligeira		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Sv	Md	Lg		
Barthel à entrada														202,8	0,000
Severa	128	99,2	7		10	24,4	145	72,5	11,4	-6,5	-7,7				
Moderada	1	0,8	22	73,3	8	19,5	31	15,5	-7,8	9,5	0,8				
Ligeira	0	0,0	1	3,3	23	56,1	24	12,0	-7,0	-1,6	9,7				
<b>Total</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>							

Foi realizado um test t para clarificar a relação existente entre o Índice de Barthel à admissão e no momento da alta em função da tipologia, sendo possível verificar que a média é ligeiramente superior no momento da alta para as duas tipologias, não apresentam diferenças estatisticamente significativas (p=0.089).

Tabela 18 - Test t para o Índice de Barthel na admissão e na alta em função da tipologia

Índice de Barthel	Média		Dp		Leven.s P	T	P
	UMDR	ULDm	UMDR	ULDm			
Entrada	26,25	20,40	25,79	22,54	0,23	1,71	0,089
Saída	34,36	23,05	30,03	23,82	0,00	2,95	0,004

### Escala de Morse

Na tabela 19, pode-se constatar que o valor mínimo da escala de Morse é 5 (verificado na saída da instituição), e valor máximo e 120 (verificado à entrada na instituição). No momento da entrada o valor mínimo é de 15 e um valor máximo de 120, com uma média aproximada de 52.35, desvio padrão de 19.69 e uma elevada dispersão. Relativamente ao momento da saída do utente, verifica-se um valor mínimo de 5 e um máximo de 90, apresentando um valor médio de 50.85 e um desvio padrão de 19,03.

Tabela 19 - Escala de Morse à entrada e à saída dos utentes

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Escala de Morse							
<b>Entrada</b>	15	120	52,35	19,69	37,61	1.76	-0.149
<b>Saída</b>	5	90	50.85	19.03	37.42	-0.25	-2.425
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>120</b>	<b>51.6</b>	<b>19.36</b>	<b>37.51</b>		

Relativamente às tipologias, verifica-se que na UMDR, o valor mínimo na Escala de Morse é de 15 à entrada (baixo risco de queda) e o valor máximo é 120 (elevado risco de queda), com uma média aproximada de 54.20 e um desvio padrão de 19.45.

À saída verifica-se que o valor mínimo da ULDM é de 5 e o valor máximo é de 90, sendo que a média de score é de 49.50, com um desvio padrão 19.82, apresentando uma elevada dispersão (tabela 20).

Tabela 20 - Escala de Morse em função da tipologia

	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Escala de Morse à entrada</b>							
<b>UMDR</b>	15	120	54.20	19.45	35.88	1.59	0.67
<b>ULDM</b>	15	105	50.50	19.84	39.28	1.03	-0.811
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>120</b>	<b>52.35</b>	<b>19.65</b>	<b>37.58</b>		
<b>Escala de Morse à saída</b>							
<b>UMDR</b>	15	90	52.20	18.19	34.84	-0.43	-1.61
<b>ULDM</b>	5	90	49.50	19.82	40.04	0.15	-1.61
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>90</b>	<b>50.85</b>	<b>19.01</b>	<b>37.44</b>		

Segundo a tabela 21, constata-se que à entrada 56.5% da amostra apresentava um nível alto de risco de queda, 39% um risco médio e apenas 4,5% um baixo risco de queda. Relativamente à UMDR, à entrada, 59% tinham um elevado risco de queda, 38% risco moderado e apenas 3% tinha um risco baixo de queda. Na ULDM, a tendência mantém-se sendo que 54% apresenta elevado risco, 40% moderado risco e apenas 6% apresenta baixo risco de queda. Não existindo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,529$ ).

À saída da instituição, verifica-se que 55% da população em estudo mantém o risco de queda elevado, 29.5% risco moderado e apenas 11% apresenta baixo risco de queda. Não apresentando diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.533$ ).

Tabela 21 - Níveis de score na Escala de Morse à entrada e à saída

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Morse entrada</b>										
Nível Baixo	3	3.0	6	6.0	9	4.5	-1.0	1.0	1.273	0.529
Nível Médio	38	38.0	40	40.0	78	39.0	-0.3	0.3		
Nível Alto	59	59.0	54	54.0	113	56.5	0.7	-0.7		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Morse saída</b>										
Nível Baixo	4	4.0	7	7.0	11	5.5	-0.9	0.9	1.259	0.533
Nível Médio	38	38.0	41	41.0	79	39.5	-0.4	0.4		
Nível Alto	58	58.0	52	52.0	110	55.0	0.9	-0.9		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				

## Hábitos de risco

Verificou-se que relativamente aos hábitos de risco, 19% da amostra apresentava algum tipo de hábito, sendo que na UMDR, 26% tinham algum hábito de risco e na ULDM, apenas 12% apresentavam hábitos de risco. Registando-se diferenças ligeiramente significativas ( $p=0.012$ ). Quanto ao tipo de hábitos, pode-se constatar que a predominância é do consumo de álcool com 12% e que o consumo de tabaco e a combinação de tabaco com álcool apresentam 3,5% da poluição em estudo, registando-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.004$ ).

Tabela 22 - Hábitos de risco

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Hábitos de risco</b>									6,368	0,012
Sim	26	26,0	12	12,0	38	19,0	2,5	-2,5		
Não	74	74,0	88	88,0	162	81,0	-2,5	2,5		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				
<b>Hábitos</b>									13,717	0,004
Tabaco	2	2,0	6	6,0	7	3,5	-1,2	1,2		
Álcool	20	20,0	4	4,0	24	12,0	3,5	-3,5		
Tabaco e Álcool	4	4,0	3	3,0	7	3,5	0,4	-0,4		
Sem hábitos	74	74,0	88	88,0	162	81,0	-2,5	2,5		
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>				

## Destino de Alta

Quanto ao destino de alta desta amostra, pode-se verificar que 70.5% foram encaminhadas para ERPI's ou para o domicílio. Sendo que 15.5% foram transferidos para outras instituições de saúde, nomeadamente hospitais ou transferências para outras UCCI's, e 14% faleceram no serviço ou nas primeiras 24 horas após transferência para um hospital.

Relativamente à tipologia, pode-se verificar que na UMDR, 68% da amostra foi encaminhada para domicílio/ERPI, 18% transferida para unidades de saúde e que 14% faleceram. Na ULDM, verifica-se a mesma tendência, 73% encaminhado para o domicílio ou ERPI, 13% para hospitais ou outras UCCI's e 14% faleceram. Não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.611$ ).

Tabela 23 - Destino de alta em função da tipologia

Variáveis	Tipologia		UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM				
Destino de Alta											0,984	0,611
Domicílio/ERPI	68	68,0	73	73,0	141	70,5	-0,8	0,8				
Unidade de saúde	18	18,0	13	13,0	31	15,5	1,0	-1,0				
Óbito	14	14,0	14	14,0	28	14,0	0,0	0,0				
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0						

### 4.3.Caracterização da queda

#### Queda

Numa amostra de 200 utentes, existiram 21 quedas, totalizando 10.5% da amostra, sendo que na UMDR existiram 13 quedas e na ULDM houveram 8 quedas, 13% e 8% respetivamente. Não apresentam diferenças estatisticamente significativas (p=0,249).

Relativamente à altura da queda, pode-se constatar que são mais frequentes no período da manhã com 47,5% das quedas, seguida pela noite com 28,6% das quedas. Na UMDR verificam-se que houveram tantas quedas no período da manhã como no período da noite (30,8%), 23% no período da tarde e existiu 1 utente que caiu em dois turnos diferentes.

Tabela 24 - Descrição das quedas em função da tipologia

Variáveis	Tipologia		UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM				
Presença de Quedas											1,330	0,249
Sim	13	13,0	8	8,0	21	10,5	1,2	-1,2				
Não	87	87,0	92	92,0	179	89,5	-1,2	1,2				
Total	100	100,0	100	100,0	200	100,0						
Turno da queda											4,315	0,160
Manhã	4	30,8	6	75,0	10	47,6	-2,0	2,0				
Tarde	3	23,1	0	0,0	3	14,3	1,5	-1,5				
Noite	4	30,8	2	25,0	6	28,6	0,3	-0,3				
Manhã e Tarde	2	15,4	0	0,0	2	9,5	1,2	-1,2				
Total	13	100,0	8	100,0	21	100,0						
Sequelas											1,636	0,201
Sim	5	38,1	1	12,5	6	28,6	1,3	-1,3				
Não	8	61,5	7	87,5	15	71,4	-1,3	1,3				
Total	13	100,0	8	100,0	21	100,0						

Na ULDM verifica-se que 75% da amostra apresentou uma queda no período da manhã e os restantes apresentaram quedas no período da noite (25%), não existindo

qualquer queda no período da tarde. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,160$ ).

Na tabela 24, pode-se ainda constar que das 21 quedas, 6 apresentaram sequelas (28,6%) e 71,4% não tiveram qualquer tipo de sequelas. Na UMDR verificou-se que 38,1% da amostra apresentou alguma sequela e na ULDM, apenas 12,5% apresentou sequelas. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,201$ ).

Relativamente ao tipo de sequelas, verificou-se que houve um total de 66,7% com sequelas de hematomas ou escoriações, 16,7% de TCE e 16,7% de fraturas. Sendo que na sua maioria ocorreu na UMDR, com 60% de hematomas/escoriações, 20% com TCE e fraturas respetivamente. Na ULDM, verificou-se apenas uma queda com sequelas, sendo esta de hematoma/escoriação. Não se verifica diferenças estatisticamente significativa ( $p=0,741$ ).

Tabela 25 - Sequelas das quedas em função da tipologia

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Variáveis										
Tipo de sequelas									1.489	0.741
Hematomas/Escoriações	3	60.0	1	10.0	4	66.7	-0.8	0.8		
TCE	1	20.0	0	0.0	1	16.7	0.5	-0.5		
Fraturas	1	20.0	0	0.0	1	16.7	0.5	-0.5		
Total	5	100.0	1	100.0	8	100.0				

### Idade nas quedas

Na Tabela 26, verifica-se que a idade mínima de o utente que apresentou uma queda na instituição foi de 63 anos e a idade máxima foi de 94 anos, com uma média de 79,42 anos e um desvio padrão de 9,76, apresentando uma fraca dispersão ( $CV<15\%$ ).

Tabela 26 - Idade da amostra com quedas

Quedas	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Idade	63	94	79.42	9.76	12.29	-0.88	-1.07
Total	63	94	79.42	9.76			

Relativamente às idades verifica-se que é mais frequente quedas em utentes com mais de 84 anos (42,9%). Sendo que na tipologia de Média Duração as quedas são mais frequentes nos utentes com idade inferior a 75 anos (38,5%) e na de Longa duração é mais

frequente nas idades superiores a 84 anos (62,5%). Não se verifica diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,303$ ).

Tabela 27 - Idade da amostra com quedas em função da tipologia

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Idades									2.252	0.303
<75 anos	5	38.5	1	12.5	6	28.6	1.3	-1.3		
75 a 84 anos	4	30.8	2	25.0	6	28.6	0.3	-0.3		
≥84 anos	4	30.8	5	62.5	9	42.9	-1.4	1.4		
Total	13	100.0	8	100.0	21	100.0				

### Género nas quedas

Pode-se constatar na Tabela 28, que no género masculino a idade minino onde ocorreu uma queda foi aos 63 anos e a idade máxima foi aos 89 anos, com uma média de 79,91 anos, um desvio padrão de 8,79 e apresenta uma fraca dispersão. Relativamente ao género feminino, verifica-se que a idade mínima foi de 64 anos, e a idade máxima de 94 anos, com uma média de 78,90 anos, desvio padrão de 11,18 e com uma fraca dispersão.

Tabela 28 - Género vs idade da amostra com quedas

Género em quedas	Min	Max	$\bar{x}$	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	63	89	79.91	8.79	10.99	-0.92	-0.53
Feminino	64	94	78.90	11.18	14.17	-0.49	-1.02
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>94</b>	<b>79.40</b>	<b>9.99</b>	<b>12.58</b>		

Sendo que na UMDR, existiram 46,2% de quedas no sexo masculino e 53,8% no sexo feminino, ULDM, verificaram-se 62,5% de quedas no sexo masculino e apenas 37,5% no sexo feminino. Não apresentado diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,466$ ) (Tabela 29).

Tabela 29 - Gênero da amostra com quedas em função da tipologia

Quedas	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Genero									0.531	0.466
Masculino	6	46.2	5	62.5	11	52.4	-0.7	0.7		
Feminino	7	53.8	3	37.5	10	47.6	0.7	-0.7		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				

Na Tabela 30, pode-se verificar que as quedas ocorrem com uma maior frequência em utentes com o Ensino Básico (71,5%), seguindo pelos utentes sem qualquer tipo de escolaridade (19%). Relativamente à tipologia pode-se verificar que UMDR, 61,5% tinha o Ensino Básico, 23,1% era analfabeto e 15,4% tinha o 2º ciclo ou ensino superior. Na ULDM, existiram 7 quedas nas pessoas com o ensino básico (87,5%), 1 queda nos utentes sem escolaridade (12,5%).

Relativamente ao tempo de permanência, verifica-se que 47,5% das quedas ocorreram num internamento de 90 a 179 dias, 38,1% ocorreu em internamentos inferiores as 90 dias e apenas 14,3% ocorreram em internamentos superiores a 180. Existindo diferenças ligeiramente significativas (p=0,044).

Tabela 30 - Variáveis da amostra com queda em função da tipologia

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Habilitações Lit.									1.606	0.370
Analfabeto	3	23.1	1	12.5	4	19.0	0.6	-0.6		
Ensino Básico	8	61.5	7	87.5	15	71.5	-1.3	1.3		
2º Ciclo ou Superior	2	15.4	0	0.0	2	9.5	1.2	-1.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Temp. de Permanen.									5.560	0.044
<90 dias	5	38.5	3	37.5	8	38.1	0.0	0.0		
90 a 179 dias	8	61.5	2	25.0	10	47.5	1.6	-1.6		
≥180 dias	0	0.0	3	14.3	3	14.3	-2.4	2.4		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Hábitos de risco									1.636	0.201
Não	8	61.5	7	87.5	15	71.4	-1.3	1.3		
Sim	5	38.5	1	12.5	6	28.6	1.3	-1.3		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Destino de Alta									1.629	0.411
Domicilio/ERPI	8	61.5	7	87.5	15	71.4	-1.3	1.3		
Unidade de Saúde	4	30.8	1	12.5	5	23.8	1.0	-1.0		
Óbito	1	4.8	0	0.0	1	4.8	0.8	-0.8		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				

Ao nível dos hábitos de risco, pode-se verificar que as quedas ocorreram frequentemente em utentes sem hábitos de risco (71,4%). Não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,201$ ).

Relativamente ao destino de alta, pode-se constatar que 71,4% dos utentes que apresentaram queda tiveram alta para o domicílio ou para uma ERPI, 23,8 foram transferidos para outra Unidade de Saúde e 4,8% faleceram no serviço. Não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,411$ ).

### Incontinência da amostra com quedas

Na Tabela 31, pode-se verificar que 52,4% da amostra que tiveram quedas, não apresentavam incontinência urinária. Sendo que na UMDR apenas 30,8% dos utentes que tiveram queda eram incontinentes vesicais, na ULDM verificou-se que a maioria das quedas ocorreu em utente com incontinência urinária (75%). Constata-se que existe uma ligeira diferença estatisticamente significativa ( $p=0,049$ ).

Na incontinência intestinal e na presença de sonda vesical, constata-se que 23,8% e 9,5%, respetivamente, tiveram quedas e eram incontinentes intestinais ou possuíam sonda vesical. Não se verificando diferenças estatisticamente significativas em ambos os casos.

Tabela 31 - Incontinência da amostra com quedas em função da tipologia

Quedas	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Incontinente Vesical</b>									3.89	0.049
Sim	4	30.8	6	75.0	10	47.6	-2.0	2.0		
Não	9	69.2	2	25.0	11	52.4	2.0	-2.0		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
<b>Incont. Intestinal</b>									1.335	0.48
Sim	2	15.4	3	37.5	5	23.8	-1.2	1.2		
Não	11	84.6	5	62.5	16	76.2	1.2	-1.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
<b>Presença SV</b>									0.133	0.716
Sim	1	7.7	1	12.5	2	9.5	-0.4	0.4		
Não	12	92.3	7	87.5	19	90.5	0.4	-0.4		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				

### Medicação da amostra com quedas

Na Tabela 32, verifica-se que 76,2% da amostra com quedas é polimedicada à entrada e apenas 23,8% realiza menos de 4 comprimidos diferentes por dia, esta realidade

verifica-se nas duas tipologias sendo na UMDR apenas 15,4% não é polimedicado e na ULDM apenas 37,5 realizam menos de 4 medicamento por dia.

À saída, mantém-se a mesma tendência, sendo que 90,5% dos utentes que apresentaram uma queda estão polimedicados. Encontrando-se polimedicados 92,3% utentes na UMDR e 87,5% na ULDM respetivamente. Não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,716$ ).

Relativamente, ao tipo de medicação realizada pelos utentes que apresentaram quedas, verificou-se que: ao nível da medicação hipertensiva 52,4% realizavam medicação para a hipertensão, sendo que na UMDR, 62,5% faziam algum tipo de medicamento para a tensão arterial, e a ULDM 46,2% também realizavam algum medicamento; relativamente a medicação diurética verificou-se que apenas 26,6% realizavam algum medicamento para este efeito, sendo que na UMDR apenas 38,5% realizavam algum tipo de diurético e na ULDM apenas 12,5% da amostra com quedas realizava esta medicação; relativamente a medicação digitálica pode-se verificar que apenas 4,8 desta amostra realiza este tipo de medicamento, sendo deste modo, que na UMDR 92,3% não realizam qualquer medicamento digitálico e na ULDM não existe quedas observadas em utentes que realizam medicação digitalica; no caso de medicação psicofármaca, pode-se verificar que 66,7% desta amostra realizar algum tipo de medicação psicotrópica, sendo que na UMDR 76,9% realizam algum tipo de psicoframaco e na ULDM, 50% da amostra realiza um tipo de psicofármaco. Em nenhum destes casos se verificar diferenças estatisticamente significativas ( $p\geq 0,05$ ).

Tabela 32 - Medicação da amostra com quedas em função da tipologia

Quedas	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
Medicação entrada									1.335	0.248
Não polimedicado	2	15.4	3	37.5	5	23.8	-1.2	1.2		
Polimedicado	11	68.8	5	62.5	16	76.2	1.2	-1.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Medicação Saida									0.133	0.716
Não polimedicado	1	4.8	1	4.8	2	9.5	-0.4	0.4		
Polimedicado	12	92.3	7	87.5	19	90.5	0.4	-0.4		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Med. HTA									0.531	0.466
Sim	6	46.2	5	62.5	11	52.4	-0.7	0.7		
Não	7	53.8	3	37.5	10	47.6	0.7	-0.7		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Med. Diurético									1.636	0.201
Sim	5	38.5	1	12.5	6	26.6	1.3	-1.3		
Nao	8	61.5	7	87.5	15	71.4	-1.3	1.3		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Med. digitálica									0.646	0.421
Sim	1	7.7	0	0.0	1	4.8	0.8	-0.8		
Não	12	92.3	8	100.0	20	95.2	-0.8	0.8		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Med. Anticoagulante									1.335	0.248
Sim	11	84.6	5	62.5	16	76.2	1.2	-1.2		
Nao	2	15.4	3	37.5	5	23.8	-1.2	1.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
Med. Psicofarmacó									1.615	0.204
Sim	10	76.9	4	50.0	14	66.7	1.3	-1.3		
Não	3	23.1	4	50.0	7	33.3	-1.3	1.3		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				

### Índice de Barthel e Escala de Morse em utentes com quedas

Na Tabela 33, pode-se observar que 76,2% da amostra com quedas apresenta-se severamente dependente à entrada, este facto mantém-se tanto na UMDR e ULDM, 69,2% e 87,5%, respetivamente, podendo mesmo observar que na tipologia de Longa Duração não se verificou qualquer queda nos utentes ligeiramente dependentes. Relativamente aos valores do Índice de Barthel à saída, verificou-se que os valores se mantiveram em relação ao momento da entrada.

Relativamente aos valores da Escala de Morse, verifica-se que as quedas ocorreram nos utentes que apresentavam um maior risco de queda à entrada (57,1%), seguidos pelos utentes que apresentavam risco moderado (38,1%).

Referentemente à tipologia pode-se verificar que ocorreram um maior número de quedas aos utentes que à entrada na UMDR apresentavam valores de escala de Morse elevados (69,2%), no entanto na ULDM verificou-se que as quedas mais frequentes foram nos utentes que apresentavam valores de médio risco de queda à entrada (50%).

Em relação aos valores da escala de Morse no momento da saída, verifica-se que houve um agravamento do risco de queda, apresentando um risco elevado de queda à saída de 85,7% e um risco moderado de 14,3%. Em nenhum destes casos anteriormente descrito existe diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 33 - Valores do Índice de Barthel e da Escala de Morse em função da tipologia

Tipologia	UMDR		ULDM		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	UMDR	ULDM		
<b>Queda</b>										
<b>Barthel entrada</b>									1.254	0.478
Severa dependente	9	69.2	7	87.5	16	76.2	-1.0	1.0		
Moderada dependente	2	15.4	1	12.5	3	14.3	0.2	-0.2		
Ligeira dependente	2	15.4	0	0.0	2	9.5	1.2	-1.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
<b>Barthel saída</b>									1.254	0.478
Severa dependente	9	69.2	7	87.5	16	76.2	-1.0	1.0		
Moderada dependente	2	15.4	1	12.5	3	14.3	0.2	-0.2		
Ligeira dependente	2	15.4	0	0.0	2	9.5	1.2	-1.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
<b>Morse Entrada</b>									2.856	0.226
Baixo	0	0.0	1	12.5	1	4.8	-1.3	1.3		
Médio	4	30.8	4	50.0	8	38.1	-0.9	0.9		
Alto	9	69.2	3	37.5	12	57.1	1.4	-1.4		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				
<b>Morse saída</b>									0.034	0.854
Baixo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Médio	2	15.4	1	12.5	3	14.3	-0.2	0.2		
Alto	11	84.6	7	87.5	18	85.7	-0.2	0.2		
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>				

Avaliou-se a significância das variáveis em contexto sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, habilitações, destino de alto e hábitos de risco), contexto clínico (tempo de permanência, incontinência urinária e intestinal, presença de SV, e tipo de medicação) e das Escala de Morse e Índice de Barthel, recorrendo à regressão logística através do método de *forward LR* para a seleção das variáveis predictoras.

Os resultados apresentados correspondem a totalidade da amostra. Em análise estiveram 200 (100%) casos de utentes internados na UCCI de Vouzela, sendo que é

registado 10,5% de casos omissos. A sensibilidade é de 100,0%, sendo a percentagem de casos corretamente classificados de 89,5%.

A Tabela 34, apresenta os coeficientes do modelo e a sua significância para a variável de tempo de permanência que se constitui como preditora. Neste modo, a coluna Exp (B) estima um rácio de chances da variável dependente por unidade da variável independente. Deste modo, o rácio de tempo de permanência inferior a 90 dias (OR= 0,296) faz decrescer para 70,4% o nível de risco de queda. Quando o tempo de permanência é entre 90 a 179 dias (OR=0,884), o risco de queda diminui em 11,6%.

Tabela 34 - Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável de quedas com as variáveis predictoras do tempo de permanência na instituição

Variáveis	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B)	%Exp(B)	IC 95%	
						OR		Exp (B)	
T. de permanência (1) - <90dias	-1,216	0,737	2,721	1	0,099	0,296	-70,4	0,070	1,257
T. de permanência (2) – 90 a 179	-0,123	0,728	0,028	1	0,866	0,884	-11,6	0,212	3,687

Os coeficientes logit do modelo e a significância para as variáveis que se constituem como predictoras apresentam-se na Tabela 35. Sendo possível observar pelo rácio de chances na coluna Exp (B) regista-se como variáveis predictoras a Escala de Morse à entrada e à saída. Ao nível dos valores, foi registado na Escala de Morse, baixo risco de queda (score < 24 pontos) e médio risco (score ≤25 e <51). Deste modo, pode-se constatar que o rácio de entrada com score baixo faz diminuir o de queda em 14872%. Quando o rácio de Morse à entrada é médio, este faz diminuir 379,7% ao risco de queda.

Tabela 35 - Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável de quedas com as variáveis predictoras da Escala de Morse à entrada e à saída da instituição

Variáveis	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B)	%Exp(B)	IC 95%	
						OR		Exp (B)	
Morse à entrada (1) – Baixo	5,009	1,684	8,845	1	0,003	149,72	14872	5,517	4062,84
Morse à entrada (2) – Médio	1,568	0,599	6,849	1	0,009	4,797	379,7	1,482	15,52
Morse à saída (1) – Baixo	-23,601	10825,80	0,00	1	0,998	0,00	-100	0,00	
Morse à saída (2) – Médio	-3,065	0,870	12,418	1	0,00	0,47	-53	0,008	0,257

Realizou-se ainda uma tabela com as variáveis preditoras relacionada com as condições clínicas, incluindo incontinência urinária, intestinal presença de sonda vesical, e o tipo de medicação realizada pelos utentes.

Nesta regressão logística, verificou-se que o rácio de chances observadas na coluna Exp(B) relativas à variável preditora - incontinência urinária verifica-se que a presença de incontinência aumenta em 44,5% o risco de queda. Relativamente a variável preditora de incontinência intestinal, observa-se que os utentes com incontinência intestinal têm um decréscimo em 74,3% do risco de queda.

Relativamente às variáveis preditoras relacionadas com a medicação, verifica-se que o rácio de utentes que tomam anticoagulantes (OR=3,256) faz aumentar para 225,6% o risco de queda nos utentes.

*Tabela 36 - Coeficientes Logit do modelo de regressão logística da variável de quedas com as variáveis preditoras das condições clínicas*

Variáveis	b	s.e.	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p	Exp(B)	%Exp(B)	IC 95%	
						OR		Exp (B)	
Incontinência urinária (1)	0,368	0,603	0,373	1	0,542	1,445	44,5	0,443	4,709
Incontinência Intestinal (1)	-1,359	0,694	3,841	1	0,050	0,257	-74,3	0,066	1,00
Presença de SV (1)	-0,703	0,858	0,670	1	0,413	0,495	-50,5	0,092	2,663
Med. HTA (1)	-0,561	0,500	1,258	1	0,262	0,570	-43	0,214	1,521
Med. Diurética (1)	-0,435	0,562	0,601	1	0,438	0,647	-35,3	0,215	1,945
Med. Digitálica (1)	-0,969	1,115	0,755	1	0,385	0,380	-62	0,043	3,376
Med. Anticoagulante (1)	1,180	0,575	4,212	1	0,040	3,256	225,6	1,055	10,051
Med. Psicofármaca (1)	-0,642	0,521	1,517	1	0,218	0,526	-47,4	0,189	1,1462



## 5. Discussão

Ao longo da discussão irá se visar os resultados mais importantes encontrados no presente estudo, e para a compreensão da prevalência de quedas em utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela, é realizada com base nas evidências empíricas existentes e comparadas com os estudos encontrados na área.

Relativamente ao número de quedas, constatou-se que existiram neste estudo, 21 quedas, correspondendo a 10,5% da população em estudo, 13 na UMDR e 8 quedas na ULDM. A frequência relativamente à altura do dia é superior no período da manhã (47,5%), no entanto não é estatisticamente significativo ( $p=0,16$ ). Relativamente às sequelas constatou-se que apenas 8 utentes apresentaram algum tipo de sequela após queda, sendo as mais frequente hematomas e/ou escoriações com 66,7%.

Na nossa amostra verificou-se que a idade média total dos utentes institucionalizados ronda 79,3 anos, sendo que os utentes internados na tipologia de Média Duração apresentam uma média de idades de 76,9 anos e os utentes da tipologia de Longa Duração apresentam uma idade média de 81,6 anos. Esta diferença entre tipologias deve-se a diferença de objectivos, sendo que a UMDR tem como principal objectivo reabilitar fisicamente e psicologicamente as pessoas que por algum motivo perderam temporariamente a sua autonomia, e na ULDM os objectivos propostos são de prevenir e retardar o agravamento da dependência, favorecendo assim o conforto e a qualidade de vida (segurança Social, 2017). Almeida (2012) verificou também que a maioria dos participantes num estudo desenvolvido apresentava uma média para 65 anos ou mais de 83,3%.

A idade mínima observada foi de 37 anos na ULDM e a máxima de 101 anos, sendo que os valores de idades na ULDM apresentam uma maior dispersão devido à existência da modalidade do Descanso do Cuidador. Como se pode verificar é uma amostra maioritariamente envelhecida, traduzindo-se na sua maioria com o aumento da dependência nas atividades da vida diária e conseqüentemente uma redução de autonomia e da qualidade de vida. Este fato pode levar a uma maior propensão para o risco de quedas. Segundo Júnior e Matos (2013) a perda de autonomia funcional é um fator de risco de quedas em idosos.

Ao nível das quedas nesta amostra, verificou-se que a idade mínima onde ocorreu uma queda foi de 63 anos e a idade máxima foi de 94 anos com uma média de idades a rondar os 79,9 anos. Pereira R et al. (2002) realizou um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira tendo constatados que o maior número de quedas se verificou entre os 75 e os 85 anos.

Relativamente ao género verificou-se que 58,5% dos utentes eram do sexo feminino, sendo que a UMDR apresentava uma percentagem de 55% de mulheres e a UMDR apresentava 63% de mulheres institucionalizadas nesta tipologia. Segundo um estudo de Almeida (2012), esta discrepância também se observou, visto que dos indivíduos participantes no estudo 52,47% eram mulheres, e também Correia (2012) apresentou um estudo em que 63,47% da população em estudo eram mulheres. Relativamente à presença de quedas no género, constatou-se ser ligeiramente mais elevada no género masculino com 52,4%, o que vai de encontro com o observado por Miranda R, Mota V & Borges M (2010) onde o maior número de quedas ocorreu nos indivíduos do sexo masculino, em que 77% já tinham caído pelo menos uma vez e por Pereira R et al (2001) em que das 182 quedas, 82 quedas ocorreram em indivíduos do sexo feminino e 100 em indivíduos do sexo masculino.

No estado civil observou-se que 53,5% estava sozinho, podendo ser solteiro, divorciado ou viúvo, sendo que Correia (2012) constatou também que a maioria dos utentes em estudo eram pessoas que não tinham companheiro, no entanto, Almeida (2012) revela no seu estudo que 37,7% eram pessoas casadas/união de facto, seguidas por 33,3% de pessoas viúvas. Entre tipologias não se verificam diferenças significativas relativas ao estado civil.

Ao nível das habilitações literárias verificou-se que 66% da amostra tinha o ensino básico ou a antiga 4ª classe, Almeida (2012) refere que 54% da sua amostra possui o 1º ciclo de escolaridade. No entanto quando se observa os valores referentes à tipologia, pode ser verificar que a ULDM apresenta uma percentagem de analfabetos superior com 33% da amostra, sendo que vai de encontro com o estudo de Correia (2012) referente a uma população da mesma tipologia (ULDM) apresenta 53,7% da população analfabeta.

Relativamente á situação profissional constatou-se que 88,5% da amostra se encontrava reformada, Correia (2012), refere que predominam os utentes reformados em 99,1%.

Relativamente à proveniência dos utentes, verificou-se que 52% foram provenientes do hospital, sendo que a proveniência mais comum da UMDR é o hospital com 64%, na ULDM constatou-se que é mais comum a proveniência do domicílio.

A nível do tempo de permanência verificou-se que 62,5% permaneceu menos de 90 dias e que apenas 8% permaneceu mais de 179 dias, sendo que se obteve o mínimo de 1 dia e um máximo de 264 dias, com uma média de permanência de 83,3 dias. Em relação às quedas, constatou-se que a maioria das quedas ocorreu no período entre os 90 dias e os 179 dias com 47,5%, seguido de 38,1% no internamento inferiores a 90 dias. Através da significância das variáveis pode-se verificar que o tempo de permanência se constitui como preditor, sendo que o rácio de tempo de permanência inferior a 90 dias fez diminuir em 70,4% o nível do risco de queda.

O Descanso do Cuidado é uma modalidade mais comum na tipologia de Longa Duração, podendo se constatar com os 59% dos utentes de Longa Duração que entraram por esta modalidade, enquanto que apenas 6% entraram para Descanso do Cuidador pela Unidade de Média Duração e Reabilitação. No estudo de Correia (2012), verificou-se que 43,7% da amostra integraram para Descanso do Cuidador.

As principais patologias diagnosticadas nesta amostra foram: 29% doenças cardiovasculares, 26,5 doenças do sistema músculo-esquelético, 22,5% doenças do sistema nervoso, no estudo de Almeida (2012) verifica-se que o diagnóstico principal também se encontra agrupado segundo o CID10, sendo que as patologias mais comuns que afetam a amostra são: o sistema cardiovascular com 39,1%, lesões traumáticas com 13,6% e doenças do sistema nervoso com 9,3%. Correia (2012) refere que as patologias mais frequentes: 39,1% apresentavam doenças do aparelho circulatório, 16% transtornos mentais, 10,9% doenças do sistema osteomuscular, estes valores vão de encontro aos observados neste estudo relativamente à amostra da ULDM que apresenta como diagnóstico principal mais comum doenças do sistema cardiovascular (32%), doenças do sistema nervoso (21%) e doenças do sistema respiratório (17%), visto que a amostra de Correia (2012) engloba apenas a tipologia de Longa Duração e Manutenção.

Relativamente à incontinência, verifica-se que 60% da amostra é incontinente urinário, sendo mais comum na tipologia de Longa duração (67%). Ao nível da incontinência intestinal, constata-se que na amostra global apenas 47,5%. A presença de SV verificou-se em 23,5% da amostra, sendo que a presença desta foi consistente nas duas

tipologias. Verificou-se que relativamente à presença de quedas, 47,6% da amostra era incontinente vesical, 23,8% era incontinente intestinal e apenas 9,5 possuíam cateterismo vesical.

Na amostra deste estudo, observa-se que relativamente à medicação, existiu um mínimo de 0 medicamentos e um máximo de 22 medicamento por utente, sendo que a média ronda 8,54 medicamentos. À entrada, 72,5% da amostra era polimedicada, sendo eu observou-se que a saída houve um aumento de 16% no número de utentes polimedicados. Estes valores vão de encontra com os valores registados por Nogueira (2010), que 95% dos indivíduos em estudo encontravam-se polimedicados e consumiam em média 8,2 medicamentos diferentes.

Brito F, Costa S (2001) relatam que medicamentos como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados como propiciadores de episódios de quedas. Deste modo, verificou-se neste estudo que 63% da amostra realizavam medicação antihipertensiva, 33% medicação diurética, 59,5% medicação anticoagulante e 77,5% da amostra realizava psicofármacos. As percentagens entre as duas tipologias são consistentes, não existindo diferenças significativas.

Nos utentes em que se verificaram quedas constatou-se que 52,4% realizava medicação antihipertensiva, 26,6% realizava medicação diurética, 4,8% medicação digitálica, 76,2% medicação anticoagulante e 66,7% realizava medicação psicotrópica.

No Índice de Barthel, verificou-se que o valor minino registado foi de 0, que corresponde a uma elevada dependência, e o valor máximo observado foi de 100 que corresponde a independente nas suas AVD's, a média situou-se nos 26,02 correspondendo a uma dependência moderada na realização das AVD's. Relativamente às tipologias, verificou-se que na UMDR houve uma melhoria ao nível do grau dependência sendo que a média de entrada ronda os 26,25 e a media de saída foi de 34,36%, mantendo-se, no entanto, no mesmo grau de dependência (moderadamente dependente). Sendo que as diferenças entre o momento da entrada e o momento da saída são altamente significativas ( $p=0,000$ ). A presença de quedas verificou-se predominantemente nos utentes que apresentavam elevada dependência (76,2%).

A Escala de Morse, como anteriormente foi descrito, permite avaliar o risco de queda, sendo que nesta população verificou-se que o minino foi de 5 na Escala de Morse e o máximo de 120. Sendo que a média ronda os 51,6 que corresponde a um risco médio de

queda. Entre a admissão e o momento da alta, verificou-se haver uma pequena diminuição do risco de queda, no entanto não é significativa. Os resultados apurados nesta investigação não vão de encontro com os dados apurados por Ferrão, Henriques e Fontes (2011), que aplicaram a escala de avaliação de risco de Morse, tendo concluído que 44,3% dos residentes numa instituição para idosos foram classificados de baixo risco, 21,4% de médio risco e 34,3% de alto risco. Os mesmos autores também concluíram que os idosos com incapacidade severa foram os que tiveram o alto risco de quedas, tal como nesta investigação.

Nos casos em que existiram quedas, verificou-se que a maior percentagem na população que tinha sido avaliada com elevado risco de queda (57,1%), seguida por 38,1% que apresentavam risco moderado de queda. Como se pôde observar, há uma prevalência considerável de utentes classificados como médio e alto risco de quedas, o que corrobora os dados alcançados por Cabrita e José (2013), segundo os quais 37,7% dos idosos institucionalizados numa ECCI apresentavam risco elevado de queda.

Relativamente à tipologia, constatou-se que na UMDR existiam 2 utentes que agravaram o risco de queda durante o internamento e na ULDM houve 6 utente que agravaram o seu risco de queda. Após avaliação da significância as escalas utilizadas no presente estudo, constatou-se que a Escala de Morse é preditor, sendo que com existe um baixo risco de queda à entrada, este faz decrescer o risco de queda em 14872% e quando o risco de que é medio à entrada faz diminuir a queda em 379,7%.

Foi também realizado uma regressão logística para as variáveis das condições clínicas (numero de medicação diária, incontinência urinária e intestinal, presença de sonada vesical, Escala de Morse, Índice de Barthel) verificando-se que a continência intestinal permite reduzir o risco de queda em 74,3% e que a toma de medicação anticoagulante aumenta o risco de queda em 225%.

Em suma, os dados apurados permitem dizer que a idade, o tempo de permanência na Unidade, a presença de incontinência vesical e fecal, sonda vesical, foram variáveis que interferiram na autonomia dos utentes, maioritariamente, para a realização de atividades de vida diária, ou seja, estes utentes podem ter presentes fatores de risco para uma possível queda. Sendo que segundo Gorzoni e Filho (2008), o contexto sociodemográfico, caracter clínico e funcional, resultam maioritariamente em dependência e aumentam o histórico de quedas neste grupo populacional.

Deste modo, termina-se referindo que as quedas são ocorrências relativamente comuns entre os idosos e constituem um dos fatores predominantes para uma elevada morbidade e mortalidade. Este acontecimento aparece como uma das maiores preocupações dos profissionais, tanto pela sua frequência, como pelas suas consequências em relação à qualidade de vida no idoso.

## **Conclusão**

Atualmente, Portugal é um país envelhecido, sendo que com este envelhecimento surgem uma série de implicações. O envelhecimento da população aumenta exponencialmente o nível de dependência, normalmente associado ao aumento da fragilidade e da existência de múltiplas patologias. Esta fragilidade e a existência de múltiplas patologias propicia o aumento do risco de queda. A queda surge como uma das causas que provoca maior impacto na dependência e na morbidade nos idosos. Sendo que muitas das vezes não é pelas consequências físicas que existe alterações directas no idoso, mas sim pelas consequências psicológicas que esta acarreta ao nível psicológico do mesmo, sendo o medo de voltar a cair uma das principais causas para o aumento da dependência.

O Serviço Nacional de Saúde em consequência das alterações da população teve de se readaptar de modo a dar uma resposta diferenciada e direcionada para as novas necessidades existentes, sendo que a maioria da população a usufruir desta nova readaptação é uma população idosa, com cuidados específicos. Deste modo, para que todo este processo de acompanhamento possa decorrer de uma forma saudável é necessário a existência de uma equipa multidisciplinar que permita aos utentes e aos seus cuidadores/familiares se sentirem seguros e com o auxílio necessário às suas necessidades. Muitos investigadores que se dedicam às questões relacionadas com o envelhecimento, referem que deve-se optar sempre que possível por manter as pessoas dependentes no seu domicílio, permitindo assim que estes se mantenham no seu próprio ambiente, no entanto, nem sempre é possível, umas vezes por motivos familiares outros por o utente apresentar alterações que obriguem a uma vigilância mais constante por parte da equipa multidisciplinar.

Quando os utentes não reúnem condições para permanecer no domicílio, dão entrada na Rede, sendo que para avaliar esta Rede existe vários critérios de qualidade, entre eles encontra-se a prevalência de quedas. Deste modo surge esta investigação, no entanto como em todas as investigações ou estudos científicos é necessário, e importante, refletir sobre os aspetos/limitações do estudo e se estes poderão ter interferido nos resultados obtidos.

No que respeita à amostra houve um esforço de reunir o maior número de elementos possível dentro dos dados disponíveis. A amostragem não probabilística por conveniência, não permite a mesma possibilidade de todos os elementos da população serem selecionados para constituir a amostra, o que irá implicar limitações quando se fazem generalizações e não existem resultados muito significativos estatisticamente. Destaca-se que, embora a amostra desta investigação seja reduzida, encontra-se de acordo com a maioria dos estudos consultados sobre a mesma temática.

Outro condicionalismo consiste na seleção dos índices e escalas selecionados, pois haveria outros mais apropriados a ser aplicados, no entanto como esta investigação foi realizada sobre consulta dos processos com aplicação de uma grelha, foram utilizadas as escalas e índices presentes no serviço em estudo (Escala de Morse e Índice de Barthel). Um outro condicionalismo que se verificou ao longo da colheita de dados, foi que existia alguma falta de conhecimento na aplicação destas escalas, podendo influenciar o resultado das mesmas.

Na amostra verificou-se que a idade média das pessoas com quedas é de 79,9 anos, num intervalo entre 63 anos e 94 anos, valores estes que vão de encontro com vários estudos existentes que situam a prevalência superior de quedas entre os 75 e os 85 anos. Relativamente ao género constatou-se que é mais frequente no sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maioria dos utentes internados são pessoas viúvas, solteiras ou divorciadas, sendo que estes valores vão de encontro a outros estudos existentes. No entanto, não se verificou a existência de preditores nas variáveis sociodemográficas.

Relativamente às variáveis de ordem clínica constata-se que as patologias mais frequentes foram do sistema cardiovascular e musculoesquelético. Sendo que relativamente a toma de medicação, verifica-se que existe um aumento significativo entre o momento da entrada e o momento da saída, e que a maioria da população desta amostra é polimedicada.

Entre os medicamentos mais comuns nesta amostra destaca-se os medicamentos psicotrópicos, os anti-hipertensivos e os anticoagulantes, sendo que este último, representa um aumento do risco de queda. Outro facto que influencia a prevalência de queda é a continência intestinal, que apresenta uma redução de prevalência de queda em 74,3%.

Em suma, constatou-se que a prevalência de quedas é de 10,5%, totalizando um total de 21 quedas, sendo que é na UMDR que estas ocorrem mais vezes. Este facto pode-se dever às diferenças entre os objectivos das duas tipologias, visto que a maioria dos utentes que dão entrada na UMDR, são normalmente por problemas do foro ortopédico ou do foro cardiovascular que vêm com o objetivo de realizar fisioterapia e reabilitação para retomar as atividades de vida diária. Enquanto que na ULDM, os objetivos são de manutenção das atividades de vida diária, sendo que muitos destes utentes também dão entrada para tratamento de feridas crônicas, nomeadamente lesões por pressão. Relativamente, às sequelas apenas se verificaram 8 utentes com sequelas visíveis, no entanto é impossível avaliar quantos destes apresentaram sequelas psicológicas que afectaram ou iram afetar a sua autonomia.

Dirigindo-me agora à RNCCI, onde se integra as ULDM e UMDR, numa das quais desempenhei funções durante 5 anos, verifiquei a necessidade de me especializar na área de médico-cirúrgica e emergência, por considerar que ainda existe um longo caminho a percorrer relativamente às ligações entre a Rede e os Serviços de Saúde mais especializados. Aquando de uma situação emergente, cabe ao enfermeiro da UCCI prestar cuidados imediatos ao utente em situação crítica de modo a estabilizá-lo até à chegada da equipa de emergência médica, que muitas das vezes e atendendo à nossa realidade geográfica é composta por uma equipa menos diferenciada (tripulantes de ambulâncias), somos nós enquanto elemento diferenciador que procede ao acompanhamento do utente até ao serviço de urgência. Surgiu desta forma uma necessidade profissional por mim estabelecida, de me especializar numa área tão abrangente como é a médico-cirúrgica de modo a fazer uma melhor e mais diferenciadora abordagem às situações que possam surgir no meu dia-a-dia.

Terminada esta investigação, penso que os objetivos propostos foram atingidos, contribuindo para o conhecimento da prevalência de quedas e conseqüentemente pude analisar um dos indicadores de qualidade do serviço onde desempenho funções.

## Bibliografia

- Almeida, A. C. (2015). *Nível de sobrecarga e dificuldade do cuidador informal*.
- Almeida, C. (2012). *Risco de quedas nas UCCI do Distrito de Viseu comparativo escala de morse e escala de Downton*.
- Almeida, S. d., Soldera, C., Carli, G., & Resende, I. G. (Julho/Agosto de 2012). Análise de factores extrínsecos e intrínsecos que predispoem a quedas em idoso. *Revista da Associação Médica Brasileira*.
- Apóstolo, J. (Maio de 2012). Instrumentos para avaliação em Geriatria. Coimbra, Portugal. Obtido de ESENC:  
file:///C:/Users/anaso/Downloads/Instrumentos\_de\_Avalia%C3%A7%C3%A3o\_Geri%C3%A1trica\_MAIO\_12.pdf
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). Escala de Morse . *Manual de utilização*. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf)
- Barreiros, A., Figueiredo, A., Neri, C., Videira, I., Ferreira, M., & Veiga, R. (2013). *Liderança*. Viseu: Escola Superior de Saude de Viseu, Trabalho apresentado no 4º curso de mestrado de Enfermagem de Reabilitação.
- Barreto, J. (2005). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual*. Obtido de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>
- Buksman, S., Vilela, A., Pereira, S., Lino, V., & Santos, V. (26 de Outubro de 2008). *Projecto Diretrizes*. Obtido de Quedas em Idosos: Prevenção: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
- Correia, A. M. (Maio de 2012). *Prevalência do risco de quedas nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela*.
- Cuidados Continuados Saude e Apoio Social. (Fevereiro de 2008). Problema Relacionado com Medicamentos no Idoso.
- Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. (Setembro de 2009). Obtido de Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados : <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia-da-RNCCI.pdf>
- Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. (Março de 2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de*. Obtido de Relatório Final : [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Implementacao\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_Relatorio-Final\\_marco-2013\\_REVI.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Implementacao_Monitorizacao_RNCCI_Relatorio-Final_marco-2013_REVI.pdf)
- Danielli Mallmann, D. T. (oct/Dec de 2009). Causalidade das Quedas em Idosos. *Revista de Enfermagem UFPE*, pp. 1177-83.

- Diário da República. (06 de Junho de 2006). Diário da República - I Série-A . *Decreto-Lei n.º101/2006*. Lisboa.
- Diário da República, 1.ª série — N.º 172 . (5 de Setembro de 2012). Lei de base dos Cuidados Paliativos. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (02 de 07 de 2004). Programa Nacional para a saúde das Pessoas Idosas. *Divisão de doenças Genética; crónicas e Geriátricas*.
- Direção-Geral da Saúde. (2 de Outubro de 2018). SNS. Obtido de Segurança dos Doentes - Quedas: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx>
- Ermida, J. G. (1999). *O Idoso - Problemas e realidades*. Editora Formasau.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2017). *Guia Orientador dos Estágios* . Viseu.
- Fernandes, A., Miguel, T., & Pereira, F. (2010). Factores de Risco e Consequencias de quedas em idosos institucionalizados. *VI Congresso Internacional de Saúde, Cultura e Sociedade*. Chaves.
- Ferreira, O., Maciel, S., & Costa, S. (2012). Envelhecimento Ativo e Sua Relação com a Independência Funcional. *Contexto Enfermagem*, pp. 513-518.
- Fortin, M.-F. (1996). *O Processo de Investigação* . Lusiciência .
- Freitas, E. V., & Py, L. (2011). *Tratado de Geriatria e gerontologia* . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Guarda Nacional Republicana . (04 de Abril de 2017). *Comunicados*. Obtido de Operação Censos Sénior 2017 - Resultados: <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (26 de Junho de 2018). Guia Prático . *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.
- Instituto Nacional de Estatística. (29 de Março de 2017). *Destaque: Projeções de População Residente em Portugal*. Obtido de Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_bo ui=277695619&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=277695619&DESTAQUESmodo=2)
- Kane, R. L., Ouslander, J., Abrass, I., & Resnick, B. (2015). *Fundamentos de Geriatria Clínica*. AMGH Editora Ltda.
- Ministério do trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *A Dependência: o apoio informal, rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Editorial do Ministério da Educação.
- Netto, M. P. (1996). *A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. Editora Atheneu.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. EUA: OMS.
- Santos, M. d. (2010). *Hemorio*. Obtido de Protocolos de Enfermagem: Identificação de Risco e Prevenção de Quedas: [http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/Protocolo\\_enfermagem\\_prevencao\\_quedas.pdf](http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/Protocolo_enfermagem_prevencao_quedas.pdf)

- Segurança Social. (27 de Setembro de 2017). Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Portugal.
- Silva, J. V. (2009). Qualidade de Vida na Velhice. Em E. Dias, *Saude do Idoso e a Enfermagem: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*.
- Soares, M. A., Fernandez-Limós, F., Lança, C., Cabrita, J., & Morais, J. (15 de Abril de 2008). Operacionalização para Portugal. *Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos*, pp. 441-452.
- Thiana Pasa, T. M. (outubro de 2015). Estratégias para prevenção de quedas em adultos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*, pp. 9558-66.
- União das Misericórdias Portuguesas. (Outubro de 2011). Segurança do Doente - Prevenção de quedas. Castro Daire.
- Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatría Fundamental - Saber e Praticar*. Lisboa: Lidel.
- WHO. (2007). *Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice*. São Paulo: Secretaria do Estado.
- WHO. (2010). *Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice*. São Paulo: WHO.

## **Anexos**



## I. Grelha de Colheita de Dados

- 1- Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
- 2- Idade: \_\_\_\_
- 3- Estado Civil:  
Solteiro ( ) Casado/união de Facto ( ) Divorciado/Separado ( ) viúvo ( )
- 4- Habilitações:  
Sem escolaridade ( ); 1º ciclo de ensino básico ( ); 2º ciclo do ensino Básico ( );  
3º ciclo de ensino básico ( ); Ensino secundário ( ); Ensino Superior ( )
- 5- Profissão: \_\_\_\_\_
- 6- Tempo de permanência na instituição: \_\_\_\_\_
- 7- Proveniência/origem: Domicilio ( ) Hospital ( ) Transferência ( )
- 8- Descanso do Cuidador: Sim ( ) Não ( )
- 9- Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_
- 10- Diagnósticos secundários: \_\_\_\_\_
- 11- Incontinente vesical: Sim ( ) Não ( )
- 12- Incontinente fecal: Sim ( ) Não ( )
- 13- Presença de Sonda Vesical: Sim ( ) Não ( )
- 14- Numero de medicamentos prescritos por dia no momento da admissão: \_\_\_\_\_
- 15- Medicação hipertensiva: Sim ( ) Não ( )
- 16- Medicação diurética: Sim ( ) Não ( )
- 17- Medicação digitálica: Sim ( ) Não ( )
- 18- Medicação anticoagulante: Sim ( ) Não ( )
- 19- Psicofármacos: Sim ( ) Não ( )
- 20- Numero de medicamentos prescritos por dia no momento da alta: \_\_\_\_\_
- 21- Score Total do Índice de Barthel no momento da entrada: \_\_\_\_\_
- 22- Score Total do Índice de Barthel no momento da alta: \_\_\_\_\_
- 23- Score Total da Escala de Morse no momento da admissão: \_\_\_\_\_
- 24- Score Total da escala de Morse no momento da alta: \_\_\_\_\_
- 25- Numero de quedas durante o internamento: \_\_\_\_\_
- 26- Altura do dia em que ocorreu a queda: \_\_\_\_\_
- 27- Sequelas: \_\_\_\_\_
- 28- Destino de Alta: Domicilio/ERPI( ); Hospital ( ); Transferencia ( ); óbito ( )



## II. Autorização da Escola para a Colheita de Dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Senhor  
Provedor Dr. Eugénio Lobo  
**Santa Casa da Misericórdia de Vouzela**  
Rua Ribeiro Cardoso, nº 47  
3670-257 VOUZELA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA:

ESSV 0021 15-JAN-16

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna Ana Sofia de Oliveira Cruz, do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Prevalência de risco de quedas". Neste contexto, somos a solicitar a V.ª Ex.ª, que se digne autorizar a realização de colheita de dados/informação dos utentes da Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela, durante o período de janeiro e fevereiro de 2018.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Doutor Olivério Ribeiro, é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem outro assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

*Professor Doutor Carlos Pereira*

OR/AL

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL  
Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)



**III. Autorização de Colheita de Dados pela Santa Casa da Misericórdia de Vouzela**

# Santa Casa da Misericórdia de Vouzela



*Ex.mo Sr. Presidente*

*Prof. Dr. Carlos Pereira*

*Escola Superior de Saude de Viseu*

*Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida*

*N.º 102*

*3500 – 843 Viseu*

25-01-2018  
01.06.05 212

Sua referência  
ESSV 0021

*Sua Comunicação*

Nossa Referência  
33

Vouzela, 23 de janeiro de 2018

Vimos por este meio informar que autorizamos a realização de colheita de dados/informação dos utentes da UCCI, por parte da aluna Ana Sofia de Oliveira Cruz no âmbito da unidade curricular de Relatório Final do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica.

Com os melhores cumprimentos

O Provedor

(Eugénio Lopes da Silva Lobo)