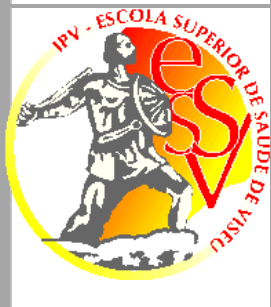


**Paula Cristina Vaz Marques Martins**

Prevalência do risco de Úlceras de Pressão na UCCI de Vouzela

Mestrado em Enfermagem Comunitária



Maio de 2013



Paula Cristina Vaz Marques Martins

Prevalência do risco de Úlceras de Pressão na UCCI de Vouzela

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório final efetuado sob a orientação da:  
Professora Doutora Cláudia Chaves  
Professor Doutor João Duarte

Maio de 2013



**“O importante não é o tempo que se vive, mas quão bem se vive.”**

Sêneca, o Filósofo



## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Aos Professores Doutores Cláudia Chaves e João Duarte, pela sua orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber que transmitiram, pelas opiniões, críticas, pelo empenho, incentivo e colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Suzana André, pela prestimosa coordenação e apoio neste percurso formativo.

Aos Orientadores dos ensinamentos clínicos, Enfermeiro Rui Dionísio e Enfermeiro António Dionísio, pela paciência, partilha de saberes e receptividade.

A todos os profissionais da UCCI de Vouzela que me apoiaram e ajudaram na recolha dos dados e que tiveram a paciência nos meus momentos difíceis, em especial à equipa de enfermagem.

À minha amiga Marta que iniciou comigo este mestrado, que divide comigo o mesmo local de trabalho e que esteve comigo ao meu lado durante esta fase, pelo seu companheirismo, força e apoio em momentos difíceis da nossa “firma”.

Tendo consciência que nada disto seria possível sozinha, agradeço aos meus pais, sogros, irmão, sobrinho, cunhada e restante família o seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrada na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo, bem como à minha avó Rosária sem a qual não chegaria até aqui apesar dela já não estar entre nós.

Por último, um agradecimento especial aos meus filhos e marido pelo seu apoio incondicional e por terem compreendido os muitos momentos de ausência.

Um Bem-haja a todos.



## Resumo

**Enquadramento:** As úlceras por pressão são complicações possíveis de ocorrer em pessoas em situação de fragilidade, principalmente com restrição de mobilidade e idade avançada. Constituem preocupação dos profissionais de saúde das instituições de longa permanência (UCCI) em virtude da necessidade de prevenir a ocorrência desse tipo de lesão e evitar as suas complicações.

**Objetivos:** Analisar a influência de variáveis sociodemográficas no risco de úlcera de pressão; analisar a relação entre as variáveis contextuais de internamento e o risco de úlcera de pressão aquando a admissão e alta do utente à UCCI; analisar a funcionalidade e autonomia na admissão e alta do utente e se interferem no risco de úlcera de pressão.

**Métodos:** estudo retrospectivo, comparativo, descritivo-correlacional. Com uma amostra de 345 utentes internados na UCCI de Vouzela (perfazendo 94,5% da população). O protocolo de colheita de dados incluiu caracterização sociodemográfica, contextuais ao internamento (Escala de Avaliação da dor), avaliação da funcionalidade e autonomia (Índice de Katz; Escala de Lawton & Brody) e avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden).

**Resultados:** verificou-se que 36,57% dos utentes são do sexo masculino e 63,43% do sexo feminino, com uma média de 78,61 anos de idade. Os utentes sem companheiro são 59,7%, 53,7% sem instrução primária e 99,1% dos utentes eram reformados. Apresentam uma média de tempo de permanência na UCCI de 126,95 dias. A proveniência de 70,3% é do domicílio e 29,7 % do hospital ou transferência; 43,7% dos utentes ingressam na UCCI para descanso do cuidador. Verificou-se quer no diagnóstico principal como no secundário as doenças do aparelho circulatório são as patologias mais frequentes com 39,1% e 42,3% respetivamente. 80,6% dos utentes sofrem de incontinência urinária e destes 22% têm sonda vesical. 72,3% apresentam incontinência fecal. Em relação à medicação verificou-se que 264 utentes após a alta manteve o mesmo consumo de 5 ou mais medicamentos por dia e apenas 5 utentes aquando a alta tomavam 1 ou menos medicamentos. A dor avaliada na alta foi inferior à manifestada na admissão ( $X= 0,39$  na admissão;  $X= 0,16$  na alta). A maioria dos utentes revelaram perda de autonomia para a realização das atividades de vida diária, com a sua dependência funcional comprometida quer na admissão, quer na alta. Os utentes na admissão apresentam 71% de alto risco para desenvolver úlceras de pressão e na alta este valor desceu para 63,2%. Demonstrou ainda que o facto de não ter companheiro, ter 85 ou mais anos, incontinência urinária e fecal bem como a presença de sonda vesical aumenta o risco de desenvolver úlceras de pressão. O risco de desenvolver úlcera de pressão é mais elevado nos utentes provenientes do hospital ou transferência comparativamente ao utente vindo do domicílio ( $X^2=11,040$ ;  $p= 0,002$ ).

**Conclusão:** realçamos a importância da avaliação do utente, da prestação de cuidados e do empowerment que os enfermeiros devem proporcionar aos cuidadores e utentes com risco de desenvolver úlceras de pressão.

**Palavras-Chave:** Úlcera de pressão, Cuidados Continuados, Funcionalidade



## Abstract

**Background:** Pressure ulcers are complications that may occur in debilitated people, especially with restricted mobility and advanced age. They are a major concern for health care professionals on long-term care institutions because of the need to prevent this type of injuries and the associated complications.

**Aims:** To analyze the influence of sociodemographic variables on the risk of developing pressure ulcers; to analyze the correlation between the contextual variables related to hospitalization and the risk of developing pressure ulcers, during the admission and discharge of the patient; to analyze the functionality and autonomy of patients during admission and discharge and to correlate this factors with the risk of developing pressure ulcers.

**Methods:** retrospective, comparative, descriptive and correlational study. With a sample of 345 clients admitted to the long-term care hospital of Vouzela (accounting for 94.5% of the population). The protocol for data collection included sociodemographic characterization, admission contextualization (Pain Scale), evaluation of the patient assessed at discharge functionality and autonomy (Katz Index; Lawton & Brody Scale) and risk of pressure ulcers assessment (Braden Scale) .

**Results:** 36.57% of patients were male and 63.43% female, with an average of 78.61 years old. Patients without a life partner were 59.7%, 53.7% did not finished primary school and 99.1% were retired. The average time of hospitalization was of 126.95 days. 70.3% of the patients came from their homes while 29.7% was transferred from other hospitals; 43.7% of patients were admitted to the long-term care hospital so that families could rest. Both the principal and the secondary diagnosis indicate that diseases of the circulatory system are the most frequent pathologies representing 39.1% and 42.3% of the cases respectively. 80.6% of users suffered from urinary incontinence and of these 22% have urinary catheter. 72.3% had fecal incontinence. Regarding the medication it was observed that after discharge 264 patients continue to use 5 or more drugs per day and only 5 users took 1 or less drug per day. Pain was lower than that manifested on admission ( $X = 0.39$  at admission,  $X = 0.16$  at discharge). Most users revealed loss of autonomy to perform daily-life activities, without functional independence both at admission or discharge. On admission 71% of the patients were in risk of developing pressure ulcers and this value decreased to 63.2% on discharge. Several parameters contributed to raise the risk of developing pressure ulcers, namely the absence of a life partner, having 85 or more years, having urinary and/or fecal incontinence as well as the use of urinary catheter. The risk of developing pressure ulcers is higher for patients transferred from other hospitals than for patients coming from their homes ( $X^2 = 11.040$ ,  $p = 0.002$ ).

**Conclusions:** we emphasize the importance of the patient evaluation, of the care activities and of the nursing empowerment to reduce the risk of developing pressure ulcers.

**Keywords:** pressure ulcers, long-term care, functionality



## **Índice geral**

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Índice de tabelas

Índice de figuras

Abreviaturas

<b>Introdução</b>	<b>21</b>
<b>I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>Capítulo 1 – Úlceras de pressão</b>	<b>27</b>
1.1. Definição de úlcera de pressão	27
1.2. Etiologia	28
1.3. Fatores de risco	29
1.3.1. Fatores extrínsecos	30
1.3.2. Fatores intrínsecos	32
1.3.3. Fatores exacerbantes	36
1.4. Classificação de úlceras de pressão	37
1.4.1. Categoria I	38
1.4.2. Categoria II	38
1.4.3. Categoria III	39
1.4.4. Categoria IV	39
1.5. Localização	39
1.6. Estratégias de prevenção	41
1.7- Prevalência do risco de úlceras de pressão em utentes de UCCI	44
<b>Capítulo 2 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</b>	<b>47</b>
2.1. Missão, visão e valores	48
2.2. Objetivos da RNCCI	48
2.3. Princípios e direitos da RNCCI	48
2.4. Coordenação da RNCCI	48
2.5. Caracterização das unidades da RNCCI	49
2.6. Ingresso e referênciação	50
2.7. Mobilidade na RNCCI	50
<b>II PARTE – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA</b>	
<b>Capítulo 3 – Metodologia</b>	<b>55</b>
3.1. Métodos	55
3.2. Participantes	57
3.3. Instrumentos	62
3.4. Procedimentos	67
3.5. Análise dos Dados	68
<b>Capítulo 4 – Resultados</b>	<b>73</b>
4.1 - Análise Descritiva	73
4.2 – Análise Inferencial	92
<b>Capítulo 5 – Discussão</b>	<b>129</b>
<b>Capítulo 6 – Conclusão</b>	<b>137</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>141</b>
<b>Anexos</b>	<b>145</b>



## Índice de tabelas

Tabela 1 – Idade em função do género dos utentes institucionalizados da UCCI de Vouzela.....	58
Tabela 2 – Teste t para diferenças de médias entre o género e a idade.....	59
Tabela 3 – Género em função da idade.....	59
Tabela 4 - Género em função do estado civil.....	60
Tabela 5 - Género em função da existência de companheiro.....	60
Tabela 6 – Habilitações literárias em função do género.....	61
Tabela 7 – Situação profissional em função do género.....	61
Tabela 8 -Tempo de permanência em função do género dos utentes institucionalizados da UCCI de Vouzela.....	73
Tabela 9 – Teste t para diferenças de médias entre o tempo de permanência e o género.....	74
Tabela 10 – Tempo de permanência em função do género.....	74
Tabela 11 – Proveniência em função do género.....	75
Tabela 12 – Descanso do cuidador em função do género.....	75
Tabela 13 – Situação de fragilidade em função do género.....	76
Tabela 14 – Presença de doença crónica agudizada em função do género.....	76
Tabela 15 – Necessidade de continuidade de cuidados em função do género.....	77
Tabela 16 – Necessidade de vigilância e tratamentos complexos em função do género.....	77
Tabela 17 – Cuidados Paliativos em função do género.....	78
Tabela 18 – Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidadores em função do género.....	78
Tabela 19 – Outra causa de solicitação em função do género.....	79
Tabela 20 – Diagnóstico principal em função do género.....	80
Tabela 21 – Diagnóstico secundário em função do género.....	81
Tabela 22 – Incontinência vesical em função do género.....	81
Tabela 23 – Incontinência fecal em função do género.....	82
Tabela 24 – Presença de sonda vesical em função do género.....	82
Tabela 25 - Dor na admissão e alta.....	83
Tabela 26 - Dor na admissão em função do género.....	83
Tabela 27 - Dor na alta em função do género.....	84
Tabela 28 – Teste t para diferença da avaliação da dor na admissão e alta.....	84
Tabela 29 – Dor na admissão em função do género.....	85
Tabela 30 – Dor na alta em função do género.....	85
Tabela 31 – Dor na admissão em relação com idade.....	86
Tabela 32 – Dor na alta em relação com idade.....	87
Tabela 33 – Dor na admissão em relação à dor na alta.....	87
Tabela 34 – Número de medicamentos na admissão.....	88
Tabela 35 – Número de medicamentos na alta em função do género.....	88
Tabela 36 – Teste t para a avaliação do número de medicamentos segundo o género.....	89
Tabela 37 – Medicação na admissão em função da idade.....	89
Tabela 38 – Medicação na alta em função da idade.....	90
Tabela 39 – Medicação na admissão em função do género.....	91
Tabela 40 – Medicação na alta em função do género.....	91
Tabela 41 – Número de medicamentos na admissão em relação ao número de medicamentos na alta.....	92
Tabela 42 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para tomar banho em relação ao género.....	92
Tabela 43 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para vestir em relação ao género.....	93
Tabela 44 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a higiene em relação ao género.....	93

Tabela 45 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a deslocação em relação ao género.....	93
Tabela 46 – Avaliação do grau de continência na admissão em relação ao género .....	94
Tabela 47 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a alimentação em relação ao género .....	94
Tabela 48 – Avaliação do grau de autonomia na alta para tomar banho em relação ao género .....	94
Tabela 49 – Avaliação do grau de autonomia na alta para vestir em relação ao género .....	95
Tabela 50 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a higiene em relação ao género .....	95
Tabela 51 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a deslocação em relação ao género .....	95
Tabela 52 – Avaliação do grau de continência na alta em relação ao género.....	96
Tabela 53 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a alimentação em relação ao género .....	96
Tabela 54 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para tomar banho .....	96
Tabela 55 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se vestir.....	97
Tabela 56 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a higiene .....	97
Tabela 57 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se deslocar .....	97
Tabela 58 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a continência .....	98
Tabela 59 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a alimentação .....	98
Tabela 60 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para tomar banho.....	98
Tabela 61 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se vestir .....	99
Tabela 62 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a higiene .....	99
Tabela 63 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se deslocar .....	99
Tabela 64 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a continência .....	100
Tabela 65 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação .....	100
Tabela 66 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para tomar banho .....	101
Tabela 67 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para se vestir.....	101
Tabela 68 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a higiene .....	101
Tabela 69 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a deslocação .....	102
Tabela 70 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a continência .....	102
Tabela 71 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a alimentação .....	103
Tabela 72 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para o banho .....	103
Tabela 73 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se vestir .....	104
Tabela 74 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a higiene .....	104
Tabela 75 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se deslocar .....	104
Tabela 76 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a continência .....	105
Tabela 77 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação .....	105

Tabela 78 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para tomar banho .....	106
Tabela 79 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se vestir.....	106
Tabela 80 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a higiene .....	106
Tabela 81 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se deslocar.....	107
Tabela 82 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a continência .....	107
Tabela 83 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a se alimentar .....	107
Tabela 84 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para tomar banho .....	108
Tabela 85 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se vestir ....	108
Tabela 86 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a higiene ...	108
Tabela 87 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se deslocar .....	109
Tabela 88 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a continência .....	109
Tabela 89 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se alimentar .....	109
Tabela 90 – Avaliação total da escala de Katz na admissão e alta .....	110
Tabela 91 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de katz na admissão e o gênero .....	110
Tabela 92 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de katz na alta e o gênero .....	110
Tabela 93 – Total da escala de Katz na admissão em relação com o gênero.....	110
Tabela 94 – Total da escala de Katz na alta em relação com o gênero .....	111
Tabela 95 – Total da escala de Katz na admissão em relação à idade .....	111
Tabela 96 – Total da escala de Katz na alta em relação à idade .....	112
Tabela 97 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao tempo de permanência .....	112
Tabela 98 – Total da escala de Katz na alta em relação ao tempo de permanência .....	113
Tabela 99 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao estado civil .....	113
Tabela 100 – Total da escala de Katz na alta em relação ao estado civil .....	113
Tabela 101 – Teste t para a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador.....	114
Tabela 102 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da proveniência .....	114
Tabela 103 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade.....	114
Tabela 104 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência vesical .....	115
Tabela 105 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência fecal .....	115
Tabela 106 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na admissão .....	115
Tabela 107 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na alta.....	116
Tabela 108 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice d Katz na admissão em função do diagnóstico principal.....	116
Tabela 109 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice d Katz na admissão em função do diagnóstico secundário .....	116

Tabela 110 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do tempo de permanência .....	117
Tabela 111 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do estado civil (com ou sem companheiro) .....	117
Tabela 112 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do presença de doença crónica agudizada.....	118
Tabela 113 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador.....	118
Tabela 114 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da proveniência .....	118
Tabela 115 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade.....	119
Tabela 116 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência vesical .....	119
Tabela 117 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência fecal .....	119
Tabela 118 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na admissão .....	120
Tabela 119 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na alta.....	120
Tabela 120 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico principal .....	120
Tabela 121 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico secundário.....	121

## Índice de figuras

Figura 1 – Locais de eleição para o aparecimento de úlceras de pressão em decúbito dorsal (supino).....	40
Figura 2 – Locais de eleição para o aparecimento de UPs em decúbito lateral.....	40
Figura 3 – Locais de eleição para o aparecimento de úlceras de pressão em decúbito ventral (prono) .....	40
Figura 4 – Esquema de investigação .....	57
Figura 5 - Árvore 1: Árvore CHAID da Escala de Braden na admissão, em função do estado civil e idade .....	123
Figura 6 - Árvore 2: Árvore CHAID da Escala de Braden na admissão, em função da dependência (assistência ou não) e incontinência .....	124
Figura 7 - Árvore 3: Árvore CHAID da Escala de Braden na alta, em função da dependência (assistência ou não) e incontinência .....	125
Figura 8 - Árvore 4: Árvore CHAID da Escala de Braden na alta, em função da dependência (assistência ou não) e incontinência (fecal e vesical).....	127



## **Acrónimos / Siglas**

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP - American National Pressure Ulcer Advisory Panel

AHCPR - Agency for Health Care Policy and Research

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ECR - Equipa coordenadora regional

ECL - Equipas coordenadoras locais

UC - Unidade de Convalescença

UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos

AVD – Atividade de vida diária

DGS – Direção Geral Saúde

CID - Classificação internacional de Doenças

UCCILDM – Unidade Cuidados Continuados Integrados Longa Duração e Manutenção

## **Abreviaturas**

$R^2$  - coeficiente de determinação

$X^2$  - qui quadrado



## **Introdução**

A úlcera de pressão é um problema sério que afeta doentes institucionalizados, sobretudo os idosos e doentes acamados com cuidados domiciliares. Este problema pode ser de difícil solução e, geralmente, resulta em dor, deformidades e tratamentos prolongados. Porém, uma assistência efetiva e individualizada pode minimizar os seus efeitos deletérios e apressar a recuperação, contribuindo para o bem-estar dos doentes (Freitas, Medeiros, Guedes, Almeida, Galiza & Nogueira, 2011).

Por norma, um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento de lesões na pele está associado às fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento da pele e das condições peculiares de cada idoso cuidado. Deste modo, podem ocasionar alterações na qualidade de vida dessas pessoas, bem como sequelas resultantes do aumento do tempo de imobilidade no leito, exigindo um planeamento de ações de reabilitação e recuperação do idoso (Freitas et al., 2011).

As úlceras de pressão são definidas como áreas de necrose tissular, que tendem a desenvolver-se quando o tecido mole é comprimido, entre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por um longo período de tempo (Cardoso, Caliri & Hass, 2004). Os mesmos autores referem que o seu aparecimento dá-se a partir de dois determinantes etiológicos críticos, a intensidade e a duração da pressão. Existem, ainda, os fatores extrínsecos e intrínsecos como: a fricção, os cisalhamentos, a humidade, a redução e/ou a perda da sensibilidade e a força muscular e imobilidade.

No utente institucionalizado numa UCCI, o desenvolvimento de úlcera de pressão pode ser visto como um indicador negativo da qualidade da assistência de enfermagem. Isto porque a manutenção da integridade da pele é da responsabilidade do enfermeiro e de toda a equipa, por serem profissionais aptos para garantir a higiene corporal, bem como a identificação de fatores possíveis de comprometer a integridade da pele dos utentes.

Assim, na avaliação diária dos utentes, cabe ao enfermeiro a inspeção e descrição individualizada dos locais críticos e dos outros fatores de risco para desenvolver úlcera de pressão. Compete-lhes registar os aspetos fundamentais da lesão, monitorar e documentar as intervenções/ações, bem como avaliar os resultados obtidos com o cuidado planeado. Assim, o enfermeiro deve atuar na prevenção, pois a úlcera de pressão não é apenas uma lesão aberta, exposta ao meio ambiente, é uma 'porta de entrada' para a ocorrência de outras situações agravantes para o utente (Freitas et al., 2011).

Conforme se acredita, a enfermagem baseada em evidências, determinação da prevalência e dos fatores de risco para úlcera de pressão em utentes institucionalizados numa UCCI, favorece um cuidado pautado em métodos científicos, dando credibilidade à profissão e promovendo ações sistematizadas favoráveis à qualidade de vida destes utentes.

Face ao constante aparecimento de úlceras de pressão e a reduzida quantidade de estudos de âmbito nacional sobre a prevalência dessas lesões em pessoas institucionalizadas em UCCI's, julga-se relevante a realização desta investigação, considerando-se que a mesma poderá permitir avaliar-se a prevalência de úlceras de pressão em utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela.

Decorrente do exposto, formularam-se as seguintes questões de investigação, as quais assumem-se como fio condutor do estudo empírico:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitação, situação profissional) influenciam no risco de úlceras de pressão?

- De que modo as variáveis contextuais de internamento (tempo de permanência, proveniência, descanso do cuidador, situação de fragilidade, doenças crónicas com episódio de agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, cuidados paliativos, necessidade de ensino doente/cuidadores, outras causas de solicitação) influenciam no risco de úlceras de pressão?

- Em que medida a avaliação funcional e autonomia interferem no risco de úlcera de pressão?

As questões de investigação levantadas constituíram-se como objetivos da investigação: Analisar a influência de variáveis sociodemográficas no risco de úlcera de pressão; analisar a relação entre as variáveis contextuais de internamento e o risco de úlcera de pressão aquando a admissão e alta do utente à UCCI; analisar a funcionalidade e autonomia na admissão e alta do utente e se interferem no risco de úlcera de pressão. Para que os mesmos possam ser alcançados, recorreu-se a um estudo retrospectivo, comparativo e descritivo-correlacional, com uma amostra de utentes 350 internados na UCCI de Vouzela. O protocolo de colheita de dados contém a caracterização sociodemográfica, o questionário relativo às variáveis contextuais do internamento, a Escala de Braden, Índice de Katz, a Escala de Lawton & Brody e a Escala de Avaliação da dor.

No sentido de uma melhor compreensão do presente trabalho, apresenta-se de seguida a sua estrutura. Assim, o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e o Estudo Empírico. A primeira parte é reservada à fundamentação teórica, onde se abordam conceitos relativos às úlceras de pressão, incluindo a estrutura e orgânica da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a apresentação e discussão dos resultados obtidos da análise descritiva e inferencial. O trabalho tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes e que dão conta dos objetivos do trabalho.



## **I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## Capítulo 1 – Úlceras de pressão

As úlceras de pressão são lesões da pele, habitualmente associadas à pressão e provocadas por um défice de irrigação sanguínea. As úlceras de pressão incluem-se nas feridas crónicas devido à sua duração e recorrência.

### 1.1. Definição de úlcera de pressão

Segundo Rocha, Miranda e Andrade (2006) as áreas localizadas de isquemia e necrose tecidual, que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa, definem úlceras de pressão.

As úlceras de pressão podem ser definidas, segundo o European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2009), como uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Ainda segundo a mesma as úlceras de pressão estão também associados fatores contribuintes e de confusão, embora ainda não esteja completamente esclarecidos os seus papéis.

A úlcera de pressão é uma área localizada de necrose celular que tende a desenvolver-se quando o tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura, por um período prolongado de tempo (Guia de Consulta Rápida da Prevenção das Úlceras de Pressão, 2009). De acordo com o mesmo referencial bibliográfico, existem outros termos frequentemente usados para designar as úlceras de pressão: úlceras de decúbito, escara, escara de decúbito porém, por ser a pressão o agente principal para a sua formação, recomenda-se a adoção do termo úlcera de pressão. O termo escara deve ser utilizado para designar a parte necrótica ou crosta da ferida e não como seu sinónimo.

As úlceras de pressão são lesões da pele que são provocadas por défice de irrigação sanguínea devido à pressão (Furtado, Flanagan, Pina, Berta, Leigo, Rodrigues, Rodrigues & Santos, 2001).

## 1.2. Etiologia

O desenvolvimento de úlceras de pressão foi até uma determinada altura um mistério. A sua explicação esteve associada, ao longo dos tempos, a causas sobrenaturais (Ferreira, Miguéns, Gouveia & Furtado, 2007).

O desenvolvimento de úlceras de pressão depende da suscetibilidade de cada indivíduo para o desenvolvimento das mesmas, dependendo da atuação de fatores extrínsecos e que se conjugam com alterações da perfusão tecidual, resultante dos fatores intrínsecos (Rocha *et al.*, 2006).

As úlceras de pressão são causadas por forças externas de pressão, tensão e fricção. A hipoxia, isquémia e eventual necrose dá-se devido ao impedimento de fornecimento de sangue à pele (Duque, Menoita, Simões, Nunes, Mendanha, Matias, António & Romba, 2009).

Uma das causas de úlceras de pressão são a intensidade e duração da pressão, a tolerância tecidual, ou seja, a capacidade da pele e estruturas de suporte de suportarem os efeitos da pressão sem sequelas e onde se encontram os fatores externos e os internos (Morison, 2001).

As úlceras de pressão progridem a partir da pele ou outro tecido subjacente que por ação da pressão não aliviada ou de uma combinação entre as forças de torção podem levar à necrose tecidual (Pini, 2012). A mesma autora refere que o tecido subcutâneo e o músculo são mais suscetíveis aos traumatismos induzidos por pressão do que a epiderme, pelo que no local de uma úlcera de pressão as lesões mais graves podem não ser visíveis.

A etiologia das úlceras de pressão está associada à pressão prolongada, forças de deslizamento, idade avançada, limitação da mobilidade, incontinência, desnutrição, degradação do estado físico e alterações de consciência (Baranoski & Ayello, 2006; Furtado *et al.*, 2001).

Estas feridas crónicas estão localizadas geralmente sobre proeminências ósseas sujeitas a pressão intensa contra uma superfície externa. Quando essa pressão é exercida entre 2 a 4 horas e exceda a pressão capilar normal que é cerca de 32mmHg, vai haver uma interrupção da circulação capilar e linfática, levando à isquémia que irá progredir para necrose anóxica quer da pele como dos tecidos subjacentes. Se esta pressão não for diminuída ou retirada formar-se-ão úlceras de pressão (Baranoski & Ayello, 2006).

Existem várias teorias sobre a formação de úlceras de pressão. Uma delas assenta no gradiente de pressão, a qual defende que a pressão é transmitida a partir

da epiderme em direção ao osso, existindo uma contra pressão idêntica com origem no osso. Outra teoria refere que a formação de úlceras de pressão ocorre a partir da destruição cutânea da epiderme e avança em direção aos tecidos mais profundos. Uma outra refere que a isquémia localizada ocorre na microcirculação dérmica, devido a uma pressão externa é aplicada, não permitindo que chegue à célula oxigénio e nutrientes. Mas quando a pressão é aliviada dá-se a hiperémia reativa permitindo a passagem de oxigénio e nutrientes (Ferreira *et al.*, 2007).

### 1.3. Fatores de risco

Segundo Ferreira *et al.* (2007), quanto mais conscientes estiverem os profissionais de saúde sobre a etiologia das úlceras de pressão melhor, será o programa de prevenção e tratamento das mesmas. Estes autores enunciam ainda três mecanismos responsáveis pela rutura tecidular, que são a oclusão do fluxo sanguíneo cutâneo, dano endotelial das arteríolas e da microcirculação e a oclusão direta dos vasos sanguíneos devido a pressão externa durante um período elevado. Ainda segundo os mesmos autores existem determinantes de úlceras de pressão, entre eles estão os fatores extrínsecos que são a pressão, fricção, humidade, forças de deslizamento, superfície de apoio e a medicação. Quanto aos fatores intrínsecos falam na idade, insuficiência vasomotora, arterial baixa, imobilidade, diabetes, desnutrição/desidratação, vasoconstrição periférica, condição física, entre outros.

Segundo Pina (1999), o desenvolvimento de úlceras de pressão deve-se a fatores de risco externos e internos.

Para que seja possível prevenir úlceras de pressão é necessário a intervenção de uma equipa multidisciplinar que avalie a pessoa na sua totalidade. Dessa equipa os enfermeiros têm, na prevenção, uma das suas áreas de eleição. Esta prevenção deve incluir a avaliação das condições físicas e gerais das pessoas, bem como a idade, nível de mobilidade e atividade, estado nutricional, medicação e o estado da pele que deve ter uma inspeção rigorosa e frequente (Mota & Mota, 2010). Os fatores de risco que Baranoski e Ayello (2006) referem são: anemia, demência, desidratação, doença vascular periférica, edemas, extremos de peso, fraturas e cirurgias, idade avançada, imobilidade, incontinência fecal e vesical, má nutrição, paralisia, diminuição do nível de consciência, temperatura da pele alterado, utilização de sonda vesical, entre outros.

A imobilidade, a alteração do estado de consciência, a idade avançada e as deficiências nutricionais são fatores de risco no desenvolvimento de uma úlcera de pressão (Morison, 2001).

### **1.3.1. Fatores extrínsecos**

Os fatores extrínsecos considerados por Morison (2001) são a a fricção, a incontidência e os irritantes cutâneos. Quanto ao fatores intrínsecos, o mesmo autor considera a idade, a nutrição, as lesões espinal-medula, a administração de esteroides, a pressão sanguínea sistémica, a hemoglobina sérica, os hábitos tabágicos, a doença vascular, o aumento de temperatura corporal, a mobilidade, as condições da pele, entre outras.

Os vários fatores extrínsecos, referenciados por Mota e Mota (2010), referem-se à pressão, à torção, às forças de deslizamento e à fricção.

#### **Pressão**

A pressão é o fator de maior importância para o desenvolvimento de úlcera de pressão segundo (Pina, 1999). A pressão exercida continuamente pode desencadear um processo de isquémia e conseqüente impedimento de aporte de oxigénio e de nutrientes aos tecidos, levando a alterações cutâneas que podem levar à necrose e morte tecidual. Ou seja, quando a pressão é exercida entre 2 e 4 horas e exceda a pressão capilar normal, cerca de 32mmHg, vai haver uma interrupção da circulação capilar e linfática, levando à isquémia que irá progredir para necrose anóxica da pele e também dos tecidos subjacentes. Esta pressão deve ser anulada ou diminuída para que não se formem úlceras de pressão (Baranoski & Ayello, 2006).

Para Ferreira *et al.* (2007), a pressão é o fator extrínseco mais importante, principalmente a pressão que é exercida sobre uma proeminência óssea causando compressão e distorção dos tecidos. Ainda segundo os mesmos a pressão exercida numa proeminência óssea é potencializada em forma de cone, levando a que a pressão junto à proeminência óssea seja quatro vezes superior à pressão encontrada junto da pele.

A pressão é o fator extrínseco responsável pelo desenvolvimento da maioria das úlceras de pressão aquando junto de proeminências ósseas. Essa pressão vai comprimir o tecido mole causando pressões superiores às pressões dos capilares levando à isquémia. A resposta normal do corpo é aliviar essa mesma pressão, mas se não for aliviada por qualquer patologia do utente irá haver oclusão de vasos sanguíneos, ruptura das membranas e libertação de produtos tóxicos, o que leva a

lesões irreversíveis do tecido capilar, dérmico e epidérmico (Furtado *et al.*, 2001). Os mesmos autores acrescentam que quando a pressão é aliviada existe uma reação hiperémia sanguíneo, na zona de pressão uma vez que os vasos sanguíneos aumentam o seu aporte com o objetivo de levar oxigénio e nutrientes e remover o dióxido de carbono e outros tóxicos.

O desenvolvimento de úlcera de pressão está relacionado com a intensidade, duração da pressão e tolerância tecidual. Mas o que contribui mais para intensidade e duração é a alteração da mobilidade, atividade e percepção sensorial. Esta alteração condiciona a capacidade do indivíduo em alterar decúbitos e/ou posicionamentos (Neves & Oliveira, 2009).

### **Fricção, forças de torção e irritação**

A força exercida sobre os músculos da região sagrada e a angulação dos vasos subepidérmicos originado pelo levantamento de 30º da cabeceira da cama e o deslizamento do corpo do doente para baixo leva a que estas forças de torção possam originar úlceras de pressão (Pina, 1999).

Quando um doente escorrega no leito ou cadeira (forças de deslizamento), ocorre a destruição dos pequenos vasos sanguíneos, interrompendo-se o aporte sanguíneo local, podendo levar à isquémia e morte celular (Furtado *et al.*, 2001).

A fricção dos tecidos sobre a pele pode levar à isquémia por destruição das arteríolas e músculos cutâneos (Pina, 1999; Baranoski & Ayello, 2006).

Segundo Furtado *et al.* (2001), a fricção faz com que as células epiteliais das camadas superiores sejam retiradas e a humidade vai agravar o efeito da fricção. Esta gera-se quando duas superfícies se movem uma contra a outra (Ferreira *et al.*, 2007). A fricção pode acontecer quando o levantamento do utente não é adequado e deslizam no leito, provocando dano endotelial das arteríolas e da microcirculação, provocando abrasões na pele. Quando duas superfícies se movem em direção opostas causam fricção (Duque, 2009).

### **Humidade**

A transpiração, a incontinência urinária e/ou fecal, a secagem inadequada da pele após a higiene levam à humidade excessiva, diminuindo a resistência da pele e consequentemente à maceração dos tecidos (Pina, 1999). Isto porque a transpiração, a incontinência fecal e/ou urinária, o exsudado das feridas e a secagem inadequada da pele do utente provocam excesso de humidade e a diminuição da resistência da pele deve-se ao facto de existir maceração dos tecidos (Duque, 2009).

A humidade quando é excessiva ocupa um lugar de destaque pois vai macerar e alterar a capacidade de tolerância dos tecidos à pressão pois encontram-se fragilizados. Também a utilização de irritante cutâneos como sabões e desinfetantes podem levar ao desenvolvimento de úlceras de pressão pois o seu uso favorece a desidratação aumentando a força de fricção exercida na pele (Ferreira *et al.*, 2007).

A incontinência fecal e/ou urinária bem como a sudorese excessiva auxiliam ao aparecimento das úlceras de pressão (Mota & Mota, 2010).

Quando a temperatura ambiente é superior a 30º Celcius a probabilidade de úlceras de pressão aumenta (Pina, 1999).

Devido à incontinência urinária e fecal as lavagens aumentam, estas removem os óleos naturais da pele tornando-a seca. Este aumento de lavagens devido à má higiene pessoal aumenta a maceração da pele, o risco de infeção e a perda de resistência cutânea, logo são um fator importante no desenvolvimento de úlceras de pressão (Pina, 1999).

A incontinência provoca o excesso de humidade na pele diminuindo a sua resistência e aumentando o risco de abrasão superficial por fricção. A transpiração e a secagem inadequada da pele após os cuidados de higiene são também fatores importantes (Furtado *et al.*, 2001).

### **1.3.2. Fatores intrínsecos**

Os fatores intrínsecos são os mais determinantes para o desenvolvimento de úlceras de pressão, sobretudo os que diminuem a mobilidade e perfusão dos tecidos (Pina, 1999)

Os fatores que predis põem o indivíduo ao desenvolvimento de úlceras de pressão são os fatores intrínsecos, tendo como mais importantes a mobilidade e a perfusão tecidular (Furtado *et al.*, 2001).

Os riscos intrínsecos referem-se à mobilidade reduzida, imobilidade, alterações de consciência, depressão, doenças vasculares, diabetes, história prévia de úlcera de pressão, má nutrição, desidratação, extremos de idade, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e anemia (Mota & Mota, 2010). Estes fatores são também reconhecidos por Neves e Oliveira (2009), que ainda acrescentam a diminuição da oxigenação tecidular.

### **Idade**

O envelhecimento torna a pele mais fina e menos elástica, devido à redução de colagénio em quantidade e qualidade. Esta situação poderá levar à perda de massa corporal e conseqüentemente a diminuição da elasticidade da pele. Com o avançar da idade a probabilidade de surgirem novas doenças crónicas aumenta logo estas podem predispor o desenvolvimento de úlceras de pressão (Pina, 1999).

Um dos fatores importantes para o desenvolvimento de úlceras de pressão é a idade, uma vez que à medida que os utentes envelhecem a pele torna-se menos firme e elástica devido à redução de colagénio em quantidade e qualidade (Duque, 2009).

A idade tem um peso importante dentro dos fatores intrínsecos (Ferreira *et al.*, 2007). Estes autores referem ainda que o desenvolvimento de úlceras de pressão está relacionado à faixa etária igual ou superior a 70 anos, devido ao agravamento da mobilidade dos indivíduos, bem como ao aumento das doenças neurológicas e cardiovasculares. A pressão arterial encontra-se também correlacionada com o desenvolvimento de úlceras de pressão, pois os eritemas branqueáveis estão associados a baixas de pressão diastólica.

O avançar da idade e a perda de massa corporal faz com que a pele fique menos elástica e mais fina. A perda de colagénio na derme acontece em quantidade e qualidade (Furtado *et al.*, 2001). A idade leva a alterações na característica da pele. O aparecimento de danos na pele pode acontecer devido a cirurgia, isquemia e/ou pressão. Os doentes com idade superior aos 65 anos apresentam maior risco de feridas (Rocha *et al.*, 2006). Os idosos, segundo Gallo, Busby-Whitehead, Rabins, Silliman & Murphy (2001), estão mais propensos a úlceras de pressão devido às mudanças fisiológicas do envelhecimento e das doenças comuns.

### **Pele**

O nosso corpo apresenta a pele como o maior órgão e representa 15% do nosso corpo. A pele é constituída por três camadas que são epiderme e derme, hipoderme e tem a função de proteção, de defesa do organismo, regulação da temperatura, perceção, entre outras. É por isso a primeira linha de defesa do organismo e constitui uma importante barreira contra lesões. A pele do nosso corpo recebe um terço de toda a circulação sanguínea (Silva, Figueiredo & Meireles, 2010).

A pele é a barreira protetora do corpo e participa na regulação da temperatura e regulação sensitiva. É por isso indispensável à vida humana (Silva, 2010).

Com a idade, a pele fica mais fina, seca e menos elasticidade. As rugas que vão surgindo são da responsabilidade da diminuição do tecido gorduroso que vai

diminuído. Existem ainda fatores que ajudam a manter a pele saudável entre eles hidratação adequada, higiene do corpo, mobilidade entre outros (Silva, 2010).

### **Limitação da mobilidade/percepção sensorial**

A impossibilidade de um doente ser capaz de aliviar a pressão devido à mobilidade aumenta o seu risco de úlcera de pressão. Esta impossibilidade de mobilidade pode ser temporária ou devido a patologias crónicas como é o caso do défice neurológico, artrite reumatóide, diabéticos, entre outras. Mas é o défice de sensibilidade o mais importante, uma vez que aí o doente não consegue solicitar ajuda, levando à vulnerabilidade dos tecidos adjacentes (Furtado *et al.*, 2001).

A avaliação da mobilidade pretende determinar o risco da exposição à pressão, fricção e forças de deslizamento (Nixon & Mcgough, 2001).

Segundo Pina (1999), a mobilidade é o fator mais importante para o desenvolvimento de úlceras de pressão devido ao aumento da força e da duração da pressão, levando à isquémia no tecido comprimido. A falta de mobilidade e a perda de sensibilidade nos diabéticos por exemplo faz com que os doentes deixem de ter percepção da necessidade de aliviar a pressão.

A diminuição da capacidade da mobilidade encontra-se associada ao aumento de úlceras de pressão. A diabetes *mellitus* aumenta a probabilidade de necrose devido a fricção, a nutrição e a hidratação, uma vez que o seu défice reduz a mobilidade e aumenta a apatia e a depressão bem como reduz a imunocompetência. Também a perfusão é pobre em oxigénio devido à diminuição da pressão de encerramento dos capilares, logo menor é a resistência à pressão (Ferreira *et al.*, 2007).

A mobilidade é um fator importante na manutenção da pele e na prevenção de úlceras de pressão. A observação constante da pele, os cuidados de higiene, a mudança de posicionamentos e a massagem de conforto são também fatores importantes (Campedelli & Hiramatsu, 2004).

Os posicionamentos são preponderantes na prevenção das úlceras de pressão. Estes devem ter como base uma avaliação profunda do estado da pele do indivíduo, bem como as necessidades individuais deste. É por isso que a colocação de escalas de avaliação de risco deve ser o mais precoce possível para iniciar-se assim um plano de cuidados adequado ao utente (Mota & Mota, 2010).

A incapacidade do indivíduo sentir necessidade de se posicionar e/ou deambular encontra-se comprometida após a alteração da percepção sensorial (Neves & Oliveira, 2009).

### **Deficiente estado de nutrição e desidratação**

A desidratação de um doente provoca um desequilíbrio poli-eletrolítico degradando o estado geral de saúde do doente e conseqüentemente aumentando a probabilidade de desenvolver úlceras de pressão (Pina, 1999).

A desidratação reduz a elasticidade dos tecidos o que predispõem o aparecimento de úlceras de pressão (Furtado *et al.*, 2001).

Os doentes hipo nutridos, com anemias primárias e secundárias e os doentes com deficiência de vitaminas têm maior probabilidade de desenvolver úlceras de pressão, porque o balanço negativo de azoto é um dos fatores que contribuem para a perda de peso/ massa corporal, tal como também o é o déficit de ferro. A diminuição de vitaminas conduz à inibição da hidroxilação de certos aminoácidos que são essenciais para a formação de colagénio que é um elemento fundamental para a cicatrização de úlceras de pressão (Pina, 1999).

Os nutrientes fornecem combustível metabólico aos leucócitos, linfócitos, macrófagos e fibroblastos, ou seja, a diversas espécies celulares. Estes por sua vez organizam eventos celulares e bioquímicos intrínsecos em diferentes etapas da cicatrização. O estado de desnutrição proteica pode levar ao aumento da morbidade e conseqüentemente aumento do risco de úlceras de pressão. Os idosos estão mais vulneráveis em relação à subnutrição devido a fatores associados a doenças concomitantes que podem ocasionar diminuição da ingestão alimentar (McClaren & Green, 2001).

Quando a alimentação normal e os suplementos orais falham na resolução da desnutrição, devem ser utilizadas outras formas de resolução, como é o caso da sonda nasogástrica (Duque, 2009).

A nutrição tem um papel importante no processo de cicatrização de feridas, pois os alimentos são necessários para a produção de colagénio e de tecido conectivo. Nos doentes idosos é difícil por vezes de avaliar a desnutrição devido à inadequação dos parâmetros dos valores laboratoriais. Assim o indicador mais útil é a perda de peso superior a 15% do valor normal, aparecimento de sinais cutâneos e orais (Rocha *et al.*, 2006).

### **Peso corporal**

Os doentes obesos apresentam uma diminuição de mobilidade o que faz com que apresentem por vezes lesões tecidular devido ao arrastamento destes aquando do seu posicionamento, pois é difícil a sua elevação. Verifica-se ainda nestes doentes o

aumento de pregas cutâneas e de humidade, o que causa maceração na pele (Pina, 1999).

A menor proteção sobre as proeminências ósseas nos doentes emagrecidos aumenta o risco de úlceras de pressão uma vez que apresentam menor proteção contra a pressão (Pina, 1999).

Inversamente os obesos apresentam o risco de lesões tecidulares precipitadas pelo posicionamento por arrastamento, devido à dificuldade na mobilização (Duque, 2009).

### **Deficiente irrigação sanguínea**

O deficiente aporte sanguíneo provoca uma diminuição da pressão capilar local e consequentemente má nutrição dos tecidos. As patologias mais comuns que constituem fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão são: anemias, diabetes, doenças cardíacas, doenças vasculares periféricas, neoplasia, alterações neurológicas, entre outras (Pina, 1999).

A doença cardiovascular diminui a circulação e reduzindo a perfusão tecidual. (Rocha *et al.*, 2006).

### **1.3.3. Fatores exacerbantes**

A dor é uma experiência pessoal e subjetiva. As escalas permitem ao doente manifestar e quantificar a dor que pode ser aguda ou crónica (Ritto, Rocha, Costa, Diniz, Raposo & Pina *et al.*, 2012).

A dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum entre as pessoas idosas, quer no domicílio como em internamento e/ou institucionalizado, e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. Esta dor afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados (Direção Geral da Saúde, 2010).

Existem fatores extrínsecos e intrínsecos que podem ser exacerbados. Entre esses fatores encontram-se os posicionamentos incorretos, a ingestão de sedativos ou hipnóticos, o não controlo da dor e a falta de higiene. Estes fatores provocam a diminuição da mobilidade, acumulação de humidade e de outros produtos tóxicos (Furtado *et al.*, 2001).

A maioria das úlceras de pressão são dolorosas e os utentes podem ser impedidas de realizar as suas atividades de vida diárias devido a esta dor (Clark, 2001).

Os tratamentos das úlceras de pressão por norma são momentos de dor. Para evitar este desconforto o profissional deve administrar analgésicos antecipadamente para que o doente tenha algum conforto (Silva, 2010).

A generalidade das situações patológicas, que requerem cuidados de saúde, tem presente o quinto sinal vital, a dor. Esta pode ser dividida em dor crónica ou aguda. A avaliação e controlo da dor devem ser feitos pelos profissionais de saúde através de escalas que permitem que o doente transmita a dor que sente e que os profissionais hajam de forma adequada a haver um controlo eficaz da dor, uma vez que os doentes têm esse direito e os profissionais esse dever (Ritto *et al.*, 2012).

A medicação é um dos fatores exacerbantes para as úlceras de pressão, conforme referem Mota e Mota (2010). Devido ao grande peso que a doença tem na população idosa, esta faixa etária tende a usar vários medicamentos. A acrescentar a isto existe também as mudanças fisiológicas podem alterar as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de muitos medicamentos. Este aumento de medicação faz com que exista mais probabilidade de interações e reações adversas (Gallo, Busby-Whitehead, Rabins, Silliman & Murphy, 2001).

A polimedicação é o uso simultâneo e de forma crónica de fármacos diferentes pelo mesmo indivíduo. A polifarmácia é usualmente definida como o uso de cinco ou mais drogas, incluindo as prescritas, as não prescritas e medicinas naturais. Apesar de existirem várias classificações distintas de polimedicação consideram-se apenas duas categorias: polimedicação *minor* que é o consumo de dois a quatro fármacos e a polimedicação *major* que é o consumo igual ou superior a cinco fármacos por um período não inferior a três meses (Santis, 2009).

A medicação, nomeadamente a sedativa e os corticosteroide, são fatores importantes pois diminuem a mobilidade dos indivíduos e as suas defesas corporais (Ferreira *et al.*, 2007).

A adesão à medicação leva por vezes à polimedicação que, em conjunto com a idade, vai potenciar o risco de reações opostas, pois as características metabólicas modificam-se. É importante saber o estado clínico geral do doente para que se possa avaliar o risco benefício da medicação (Santos & Almeida, 2010).

#### 1.4 – Classificação de úlceras de pressão

Para que seja possível classificar uma úlcera de pressão é necessário realizar uma anamnese que evidencie os fatores que levaram à úlcera de pressão e é ainda

necessário um exame físico minucioso. Após o qual é feito a sua classificação tendo por base os critérios da NPUAP (Silva, 2010).

As úlceras de pressão podem passar por diferentes categorias e pode haver numa única lesão zonas em diferentes fases de desenvolvimento (Furtado *et al.*, 2001).

A classificação da ferida é particularmente importante quando a lesão do tecido é observada pela primeira vez, uma vez que será a referência para avaliação da sua evolução. Para proceder a uma classificação correta das úlceras deve primeiro, ser retirado o tecido necrosado (RNCCI, 2007).

#### **1.4.1. Categoria I**

A categoria I caracteriza-se por pele intacta mas com rubor não branqueável numa área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Nas peles escuras esta categoria é difícil de verificar, pois não é visível o branqueamento (EPUAP-NPUAP, 2009).

Esta categoria caracteriza-se por eritema não branqueável de pele intacta. Pode ainda considerar-se indicador a descoloração da pele, calor, edema ou a dureza (Furtado *et al.*, 2001).

A úlcera de pressão nesta categoria apresenta-se como sendo um aviso aos profissionais de saúde, uma vez que se houver uma intervenção preventiva pode ser cicatrizada (Silva, 2010).

#### **1.4.2. Categoria II**

Na categoria II, as úlceras de pressão caracterizam-se como sendo uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou equimose (é indicador de lesão profunda). Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por abrasão, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriações. Verifica-se ainda uma perda parcial da espessura da derme, que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho – rosa sem esfacelo e podem também apresentar-se como flictena fechada ou aberta, preenchida por líquido seroso ou sero-hemático (EPUAP-NPUAP, 2009).

A úlcera de pressão nesta categoria apresenta-se com perda parcial da pele, envolvendo a epiderme e/a derme. Pode ainda apresentar-se como um abrasão ou flictena (Furtado *et al.*, 2001). O doente apresenta ainda dor uma vez que os terminais nervosos da derme estão expostos (Silva, 2010).

A úlcera de pressão caracteriza-se por ser superficial e apresenta-se como um abrasão, bolha ou cratera rasa (Lueckenotte, 2002).

#### **1.4.3. Categoria III**

A úlcera de grau III atinge o tecido muscular, havendo necrose e descolamentos ao nível dos espaços intermusculares, pelo que implica desde logo que o tratamento se prolongue, na medida em que é necessário destacar todas as fibras musculares necrosadas para que possa haver cicatrização. Por outro lado, este tipo de úlcera é mais problemática para o futuro do doente, na medida em que aquela região, mesmo depois de cicatrizada, fica mais frágil face à inexistência de músculo subjacente, destruído pela úlcera (Dealey, 2006).

Esta caracteriza-se pela perda total da espessura da pele, podendo ir até ao tecido subcutâneo com extensão à fáscia subjacente (Furtado *et al.*, 2001). A úlcera de pressão pode apresentar entre outros sinais drenagem de exsudato e infeção (Silva, 2010).

#### **1.4.4. Categoria IV**

Na categoria IV há uma perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou tecido necrótico. Frequentemente são cavitadas e fistuladas. A profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser superficiais. Uma úlcera de categoria IV pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (i.e. fáscia, tendão ou cápsula articular) tornando a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável (EPUAP-NPUAP, 2009).

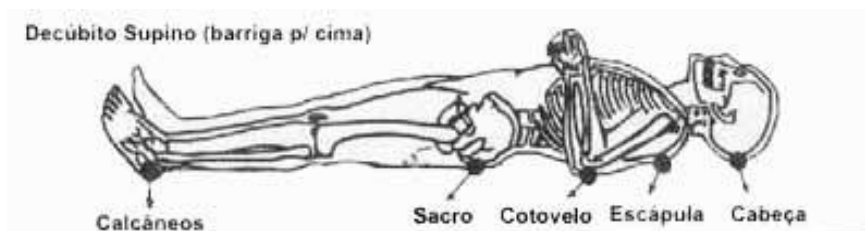
A categoria IV é a mais grave das úlceras de pressão e caracteriza-se pela destruição extensa e/ou necrose. Esta lesão pode ser muscular, óssea ou das estruturas de apoio (Furtado *et al.*, 2001). Só após a retirada da necrose é que se pode fazer um diagnóstico correto da categoria da úlcera de pressão (Silva, 2010).

### **1.5. Localização**

A localização das úlceras de pressão está intimamente associada às proeminências ósseas do esqueleto humano (Baranoski & Ayello, 2006). Elas surgem

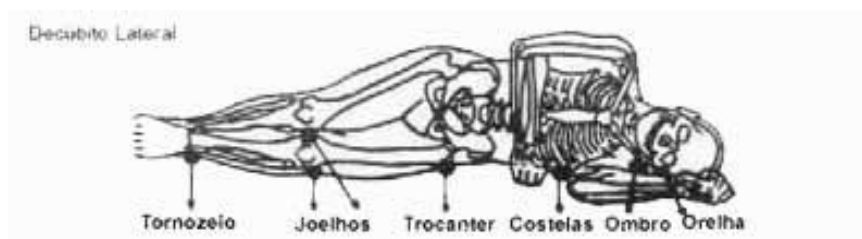
principalmente na região sacrococcígea, trocanteriana, isquiática, calcâneos, região maleolar, espinha íliaca, occipital, omoplatas, e estão sempre relacionadas com a atitude postural do doente.

**Figura 1 – Locais de eleição para o aparecimento de úlceras de pressão em decúbito dorsal (supino)**



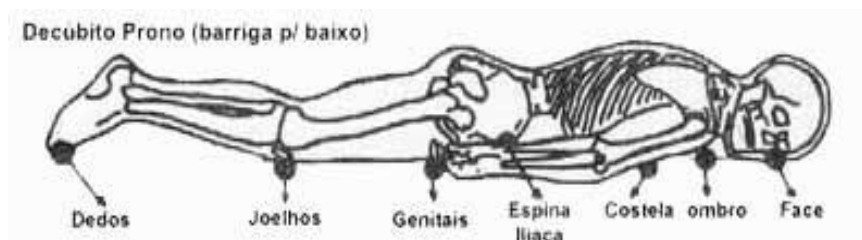
Fonte: [www.eficientefisico.hpg.ig.com.br](http://www.eficientefisico.hpg.ig.com.br)

**Figura 2 – Locais de eleição para o aparecimento de UPs em decúbito lateral**



Fonte: [www.eficientefisico.hpg.ig.com.br](http://www.eficientefisico.hpg.ig.com.br)

**Figura 3 – Locais de eleição para o aparecimento de úlceras de pressão em decúbito ventral (prono)**



Fonte: [www.eficientefisico.hpg.ig.com.br](http://www.eficientefisico.hpg.ig.com.br)

## 1.6. Estratégias de prevenção

Um aspeto essencial na prevenção das úlceras de pressão passa por uma correta identificação dos doentes em risco de desenvolverem as mesmas. Estes devem ser observados sistematicamente. Uma vez identificado o doente de risco, devem ser tomadas medidas preventivas necessárias. O grau de risco deve ser constantemente reavaliado, pois a condição clínica de cada pessoa pode-se alterar tornando-se necessário aferir novo grau de risco. O intervalo de reavaliação do grau de risco deve ser adequado a cada utente de acordo com a sua patologia, cabe ao enfermeiro decidir quando se torna necessário fazer nova avaliação (Furtado *et al.*, 2001).

O objetivo da avaliação inicial de enfermagem é identificar os problemas atuais e potenciais, o que permite depois executar um planeamento personalizado e uma prestação de cuidados permanentes (Nixon & Mcgough, 2004).

Identificar doentes em risco de úlceras de pressão permite tomar decisões acerca de quando iniciar a adotar medidas preventivas. Isto é essencial para o uso efetivo dos recursos, porque o nível de risco guia intensidade e o custo das medidas preventivas. Tende-se a prescrever protocolos de medidas preventivas baseados em scores totais, ignorando frequentemente o tipo de risco e perdendo o ponto do protocolo baseado no risco.

Os manuais de orientação na prevenção de úlceras de pressão da *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) são considerados um importante ponto de partida para identificar doentes em risco e determinar a necessidade de intervenções de prevenção. O Painel para a Previsão e Prevenção de Úlceras de Pressão da AHCPR, referenciado por Nixon e Mcgough (2004), sugere que os doentes acamados e os que têm capacidade reduzida de mudar de posição estão em risco de úlceras de pressão devido à sua imobilidade. Os manuais também sugerem que estes indicadores devem ser avaliados para fatores adicionais que aumentam o risco de desenvolver úlceras de pressão, que abrangem a incontinência, os fatores nutricionais como o aporte dietético inadequado ou o estado nutricional deficitário e o nível de consciência alterado. Todas as avaliações de risco devem ser documentadas, com o recurso a um instrumento válido.

Os vários instrumentos de avaliação de risco de úlceras de pressão incluem a Escala de Norton (1962), a Escala de Gosnell (1973), a Escala de Braden (1987), a Escala de Knoll (1985) e a Escala de Waterlow (1985). A escolha da escala a utilizar pode ser um desafio, ou seja, a revisão da fiabilidade (consistência) e a validade

(precisão) de cada escala de avaliação de risco validada devem ser sempre o primeiro passo no processo de tomada de decisão (Baranoski & Ayello, 2006).

Devido à quantidade de investigação clínica que apoia a fiabilidade e a validade, as Escalas de Norton e de Braden são mencionadas nos manuais da AH CPR como apropriadas para determinar a avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

A Escala de Braden tem seis subescalas: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento (Baranoski & Ayello, 2006). A escala é baseada em dois fatores etiológicos principais do desenvolvimento de úlceras de pressão, intensidade e duração da pressão e tolerância tecidual à pressão. Após a obtenção do score total da Escala de Braden, determina-se o risco do doente e a necessidade de protocolos preventivos.

Segundo Torraibou (2003, p.55), “o impacto da utilização de uma escala, que valorize o risco de desenvolver úlceras de pressão, e a sua tradução nos cuidados prestados ao doente, está demonstrado”.

Num estudo realizado, verificou-se que a um grupo de doentes a quem se aplicou de modo sistemático uma escala, foram identificados 76% mais de cuidados preventivos do que a um grupo controle de doentes a quem não se aplicou nenhuma escala de valorização de risco de desenvolver úlceras de pressão (Ribeiro, 2009).

Em Portugal, entre as diferentes escalas de avaliação de risco existentes, a mais importante é a Escala de Norton: a Escala de Norton; concebida para utilização na população geriátrica e compreende cinco categorias (Estado físico, Estado mental, Atividade, Mobilidade e Nível de Continência) (Furtado *et al.*, 2001).

No doente imobilizado no leito, a alternância de posicionamentos é o principal mecanismo de prevenção de úlceras de pressão. Esta alternância deverá incluir o máximo de posições possíveis dando-se, regra geral, prioridade àquelas que não impliquem agravamento das lesões e/ou patologia, e só depois deste critério se devem utilizar as posições mais toleradas pelo doente. Deve ter-se em atenção as contra-indicações das diferentes posições. Muitas vezes as posições não toleradas podem ser um falso problema (Ribeiro, 2009)

Os posicionamentos deverão respeitar alguns princípios, de forma a prevenir também outras complicações, conforme referem Baranoski e Ayello (2006): distribuição equitativa do peso pela superfície corporal de apoio; manter o alinhamento de todas as partes do corpo, garantindo uma relação entre os vários segmentos corporais o mais anatómica possível; garantir a circulação venosa o mais funcional possível, uma vez que já está comprometida pelo défice de movimentos;

permitir uma adequada estimulação motora e sensorial do doente; manter o conforto; prevenir complicações.

A inspeção cuidadosa e periódica da pele, bem como a realização de uma higiene correta sem promover a desidratação da pele, são outras medidas preconizadas para a prevenção das úlceras de pressão. Ao proceder-se a uma mudança de posição, deve-se observar a pele do doente com a finalidade de despistar eventuais zonas quentes, frias, vermelhas ou com traços de edema.

Segundo Delaunois (2002, p.65), “a finalidade da massagem é a ativação da circulação nos tecidos. A duração de cada sessão deve ser de 10 minutos como mínimo, usando uma substância gorda”. O mesmo autor acrescenta que esta deve evitar agressão dos tecidos, devendo ser realizada de uma forma suave, de modo a assegurar o conforto do doente, estimular a circulação local e não provocar dor. Além disso, uma massagem vigorosa não deve ser realizada sobre uma região com eritema, sob pena de provocar micro-hemorragias.

No caso de o doente apresentar incontinência, deve realizar-se a algália vesical no caso do doente incontinente de urina, salvo se houver contra-indicação. Se o doente for do sexo masculino, a simples colocação de um dispositivo urinário externo é suficiente (Neto, 2007).

No caso de incontinência fecal a vigilância deverá ser redobrada. A cada eliminação deverão ser prestados os cuidados de higiene, aplicação de creme protetor da pele e colocação de fralda descartável (Lopes, 2003).

A acrescentar a todas as medidas preventivas já referenciadas, deverá assegurar-se que o leito se encontra limpo, seco, sem rugas e sem partículas.

Se a pressão é considerada o fator mais importante para o desenvolvimento de úlceras de pressão, então, o alívio da pressão deve ser a principal estratégia de intervenção. Existem diversos materiais que colaboram na prevenção e tratamento das úlceras de pressão. Alguns são simples de serem usados, outros exigem uma manipulação técnica, e enquanto uns são fáceis de conseguir, outros há que não se encontram facilmente à disposição face a custos elevados (Dealey, 2006).

Os colchões de pressão consistem num colchão constituído por duas partes, cada uma delas com favos que alternadamente se vão enchendo e esvaziando, acionadas por uma bomba elétrica. Desta forma, as zonas de maior apoio do doente no leito vão alternando em função da base do colchão que está cheia. É necessário uma boa vigilância do seu funcionamento, na medida em que se rompem facilmente, e um colchão deste tipo sem funcionar, na cama de um doente imobilizado é ele próprio um fator de risco. Outro meio utilizado e que permite, de forma quase ideal, a repartição do peso pela superfície corporal é o colchão de silicone. Existem outros

materiais de alívio de pressão feitos de silicone, como, por exemplo, os protetores de calcanhar (Austin, 2002).

As almofadas são o meio mais importante na colaboração da prevenção do aparecimento de úlceras de pressão e também as mais acessíveis. Para além das almofadas de gel e de silicone, cujos princípios são também o de permitir uma distribuição uniforme do peso do corpo e que se utilizam muito quando o doente está sentado, tem de considerar-se as almofadas normais de espuma, que dão uma ajuda importantíssima no correto posicionamento do doente e alívio das zonas do corpo sujeitas a maior pressão (Mateus, 2006).

#### 1.7- Prevalência do risco de úlceras de pressão em utentes de UCCI

A prevalência das úlceras de pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados. Estas úlceras são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga económica para os serviços de saúde (Rocha, Miranda & Andrade, 2006). Como tal, os mesmos autores referem que uma precoce estratificação do risco de desenvolver uma úlcera de pressão é elementar para a adoção de medidas preventivas adequadas e para a implementação de uma estratégia terapêutica atempada.

Os autores Santos, Antunes, Santos & Brásio (2011) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a incidência de úlcera de pressão numa unidade de cuidados continuados de longa duração. Os resultados demonstraram que 12 utentes são do sexo masculino e 18 do sexo feminino, sendo a média de idades de 80,67 anos. Na admissão existiam 7 úlceras de pressão. Nos três meses seguintes desenvolveu-se uma nova úlcera, mas cicatrizaram duas. Durante os últimos três meses desenvolveu-se uma úlcera mas cicatrizou outra. Assim, desenvolveram-se no total duas novas úlceras, representando uma incidência global de 6,6% e uma prevalência de 30%. Dos utentes estudados, 80% provinham do domicílio, seis destes apresentavam úlceras de pressão; 13,3% utentes vinham de UCCI, um deles com úlcera de pressão; e 6,7% provinham do hospital, sem úlceras. De acordo com a Escala de Braden, na admissão, seis utentes apresentavam baixo risco de desenvolverem úlcera de pressão e os restantes alto risco. No momento da admissão, todos os utentes que apresentavam úlceras tinham alto risco. Também as duas novas úlceras de pressão que apareceram ao longo do estudo foram em utentes com alto risco. Verificou-se o predomínio de úlcera de pressão no calcâneo (6,7%) e nos maléolos (6,7%).

Neste estudo concluiu-se que a prevalência de úlcera de pressão é de 30%, sendo que a incidência é superior nos utentes provenientes do domicílio e nos que têm alto risco de úlcera de pressão. A maioria das úlceras de pressão localiza-se nos calcâneos e nos maléolos. As duas novas úlceras também se localizavam nestes locais. Assim, Santos *et al.* (2011) sugerem que é essencial existir uma monitorização do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão em doentes internados numa Unidade Cuidados Continuados no sentido de serem implementadas medidas de prevenção o mais precocemente possível.

Pini (2012) estudou a prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração de Portugal continental. A amostra era composta por 545 doentes, sendo a maioria do sexo feminino e do grupo etário dos 76 aos 90 anos, com predomínio dos diagnósticos de acidente vascular cerebral e demências. Dos participantes do estudo, 74% foram classificados como de alto risco para úlcera de pressão, uma percentagem que aumenta para 93% no grupo de doentes com a lesão. A prevalência geral de úlcera de pressão foi de 23 %. A análise de subgrupo de doentes com úlcera de pressão (n=124) mostrou que 51% adquiriram úlcera de pressão noutra unidade de saúde; 47% apresentavam úlcera de grau IV e 61% apenas uma úlcera de pressão. Na amostra, 78% dos doentes apresentavam equipamento de prevenção. As prescrições de enfermagem, para prevenção de úlcera de pressão, refletiram prática baseada em evidências para várias intervenções, porém com diferenças regionais.

Num estudo realizado por Lahmann e colaboradores (2010) observou-se que a prevalência de úlceras de pressão em UCCI na Alemanha diminuiu entre 2002 e 2008 devido, provavelmente, à implementação de estratégias de prevenção mais eficazes. Esta investigação foi realizada em uma amostra de 18.706 indivíduos residentes em 218 UCCI onde a prevalência de úlceras era de 12,5%, em 2002, e diminuiu para 5,0%, em 2008. Segundo os autores, se for excluído a úlceras de pressão de categoria I (eritema não branqueável) a prevalência reduz de 6,6% (em 2002) para 3,5% (em 2008).

De acordo com os dados da NPUAP, a prevalência das úlceras de pressão em UCCI nos Estados Unidos é de 15% e a incidência é de 7%. Sobre esta temática, Lyder e colaboradores (2005) acrescentam que o valor de prevalência de úlceras de pressão em unidades de prestação de cuidados de saúde prolongados nos Estados Unidos da América roda os 8,9%.

A incidência de úlceras de pressão observada num estudo de coorte prospetivo, realizado numa amostra de 94 indivíduos, com idades superiores ou igual a 60 anos, residentes em unidades de prestação de cuidados de saúde prolongados

em 3 cidades do estado de Minas Gerais no Brasil, foi de 39,4%. A incidência global foi significativa, contudo, a incidência destas úlceras no estágio II foi inferior a 12% e nenhum idoso desenvolveu lesões de estágio III ou IV (Souza & Gouveia, 2010).

Também Pinto, Borrega, Furtado e Miranda (2012) realizaram um estudo com o objetivo de calcular a presença de úlceras de pressão na unidade de cuidados continuados de Arronches e o risco de desenvolver úlceras. Com este estudo, os autores pretenderam dar resposta aos indicadores de qualidade determinados pela unidade e desenvolver protocolos de atuação e uniformizar todos os procedimentos. Do total de 525 doentes admitidos, cerca de 19% apresentavam úlceras de pressão, 90% dos doentes são provenientes de hospitais de agudos, 4% do domicílio, 5% de outras unidades e 1% de lares. Das 112 agudizações com internamento ocorreram cerca de 5,35% de úlceras de pressão. No que concerne à avaliação do risco de desenvolver úlcera de pressão, os resultados obtidos demonstraram que 62% dos doentes apresentavam baixo risco de desenvolver úlcera de pressão e cerca de 38% alto risco.

## Capítulo 2 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população resultando no aumento da esperança média de vida. Assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que promovem a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária (Diário da República, 2006).

Neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a criação de serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade. Assim nasce a Rede de Cuidados Continuados Integrados através do decreto de lei nº101/2006 de 6 de Junho. Por Cuidados Continuados Integrados, entende-se o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Estas unidades e equipas assentam numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social (Diário da República, 2006).

Ao longo do tempo os portugueses sentiram novas necessidades de saúde e sociais que requereram respostas novas e diversificadas. Estas respostas vieram satisfazer o incremento esperado por parte das pessoas idosas e com dificuldades funcionais (Ferreira & Rodrigues, 2012).

O nascimento dos cuidados continuados integrados veio oferecer cuidados que não existiam em Portugal. Estes cuidados dirigem-se a dificuldades reais de saúde, apoiam as famílias em situação de fragilidade na colocação dos seus familiares dependentes em instituições adequadas. Estas unidades de cuidados integrados são uma revolução na continuidade do apoio hospitalar uma vez que o doente deixa de ter uma estadia artificial no hospital e passa a ter apoios na vertente de saúde e social (Campos, 2008).

## 2.1. Missão, visão e valores

A RNCCI tem como missão a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência independentemente da idade (RNCCI, 2010).

Os valores desta rede passam pela prestação de cuidados individualizados, pela continuidade dos cuidados em diferentes serviços mediante a articulação e coordenação da rede. A multidisciplinaridade, a avaliação integral das necessidades, a promoção e a recuperação e manutenção das funcionalidades e autonomia dos utentes são também valores a ter em conta nesta rede (RNCCI, 2010).

## 2.2. Objetivos da RNCCI

Os objetivos estratégicos da Rede Nacional de Cuidados Continuados passam pela melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas com risco de perder ou que perderam a funcionalidade e a sua independência. O apoio ao utente e familiares, o acompanhamento e internamento adequado é também um dos objetivos, bem como a diminuição de demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos, a sua taxa média de ocupação e a redução do número de (re)internamentos, e reduzir os custos das unidades hospitalares (RNCCI, 2010).

## 2.3. Princípios e direitos da RNCCI

Os princípios passam pela eficiência e qualidade dos cuidados prestados, pela responsabilização e (co) responsabilização da família e/ou cuidadores principais na prestação de cuidados, pela promoção, recuperação contínua ou manutenção das funcionalidades, entre outros objetivos. Os direitos dos utentes da RNCCI passam pela dignidade, a preservação da identidade, a privacidade, informação, a não discriminação e integridade física e mental, entre outros (Diário da República, 2006).

## 2.4. Coordenação da RNCCI

A coordenação da RNCCI processa-se a três níveis: nacional, regional e local.

A nível nacional, a coordenação e implementação da Rede foram asseguradas pela UMCCI até ao final de 2011, sendo agora asseguradas pela Administração

Central do Sistema de Saúde (Diário da República, 2011). A nível regional, a coordenação e implementação é assegurada pela equipa coordenadora regional (ECR) que integra um grupo multidisciplinar, elementos de saúde e da segurança social bem como profissionais com conhecimentos e experiências nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. A nível local a coordenação é assegurada por equipas sedeadas nos centros de saúde. As equipas coordenadoras locais (ECL) são também constituídas de modo multidisciplinar, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social. As equipas coordenadoras regionais articulam a sua coordenação aos níveis nacional e local, e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede. As equipas coordenadoras locais articulam com a coordenação regional e asseguram o acompanhamento e a avaliação, articulação e coordenação dos recursos e atividades das unidades da rede (RNCCI, 2010).

## 2.5. Caracterização das unidades da RNCCI

A RNCCI assegura a prestação de cuidados de saúde e de apoio social através de quatro tipos de respostas, que são o internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias, sendo que, cada tipologia tem funções diferentes, específicas e complementares. Esta estrutura visa maximizar os ganhos em saúde e otimizar a gestão de altas da rede nacional de hospitais de agudos. Constituem unidades de internamento, as Unidade de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDm) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) (Ferreira, 2012).

As ações e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrado ou articulado.

As **Unidades de Longa Duração e Manutenção** têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio. Os critérios de referenciação passam por situações de dependência que requeira cuidados médicos e de enfermagem, doentes que apresentem patologia aguda e/ou crónica estabilizada e com evolução lenta e previsão de escassa melhoria, necessidade de cuidados de saúde, apresentem défice de autonomia nas atividades de vida diárias. As unidades de longa

duração e manutenção podem ainda proporcionar o internamento a doentes com dificuldade de apoio familiar ou cujo principal cuidador tenha necessidade de descanso podendo a duração do (s) respetivo (s) internamento (s) ser de duração igual ou inferior a 90 dias por ano (RNCCI, 2010).

## 2.6. Ingresso e referenciação

O processo de referenciação na rede obedece ao princípio essencial de proporcionar as melhores condições possíveis aos cidadãos que dela carecem. O acesso à Rede é feito através de referenciação, com origem no Hospital do SNS ou no Centro de saúde (RNCCI, 2009).

O ingresso da Rede é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência (RNCCI, 2009).

A responsabilidade pelo ingresso da pessoa dependente na RNCCI, mediante um processo de referenciação próprio, com critérios específicos, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde, independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário, é da competência da ECL.

Para o efeito, cada ECL é responsável pela avaliação da situação de saúde e social do doente e pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação. É necessário que o doente (ou o seu representante) formalize sempre o seu consentimento informado e, no caso das Unidades de Reabilitação e Unidades de Manutenção aceite as respetivas condições de participação (RNCCI, 2009).

Os doentes que se encontram em episódios de doença em fase aguda e com necessidade de estudo de diagnóstico, que só necessitam de apoio social ou só de apoio de cuidados paliativos e doentes infetados com medicação de uso exclusivo hospitalar são critérios de exclusão para referenciação de internamento na rede. (RNCCI, 2009).

## 2.7. Mobilidade na RNCCI

A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, do plano individual de intervenção e sequencialidade da prestação de cuidados. Esta preparação da alta obriga a que seja dado conhecimento aos familiares, instituição de origem e ao médico assistente do utente.

Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objetivos terapêuticos, cabe ao diretor clínico preparar a alta tendo em vista o ingresso deste utente na unidade ou equipa da rede mais adequada, com vista a atingir uma melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis de autonomia ou bem-estar e na qualidade de vida (Diário da República, 2006).



## **II PARTE – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA**



### Capítulo 3 – Metodologia

O panorama atual preocupante no que concerne às úlceras de pressão só poderá ser alterado se houver um maior investimento nas medidas de prevenção e no tratamento precoce. A elaboração e aplicação de protocolos de avaliação do risco em desenvolver úlceras de pressão e de protocolos de atuação terapêutica irão permitir uma melhoria da sobrevida, da qualidade de vida dos doentes, permitindo otimizar os cuidados e racionalizar os custos (Pini, 2012).

#### 3.1. Métodos

As úlceras de pressão são uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores. Constituem uma sobrecarga económica para os serviços de saúde, pois implica um elevado consumo de recursos humanos e materiais (Gouveia, 2004). Segundo Rocha, Miranda e Andrade (2006), uma precoce estratificação do risco de desenvolver uma úlcera de pressão é fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas e para a implementação de uma estratégia terapêutica atempada.

A ocorrência de úlcera por pressão nos doentes atendidos nos serviços de saúde é um importante problema, que causa impacto tanto para os doentes, como para o próprio sistema de saúde com prolongamento de internações, riscos de infeção e outros agravos evitáveis (Pini, 2012).

De acordo com Gouveia e colaboradores (2010), o relatório do Instituto de Qualidade em Saúde, apontou uma prevalência de úlceras de pressão em instituições de prestação de cuidados de saúde nacionais entre os 7 e 25% e os dados permitem ainda estabelecer valores de incidência entre 2-13%.

Decorrente da problemática apresentada, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitação, situação profissional) influenciam no risco de úlceras de pressão?

- De que modo as variáveis contextuais de internamento (tempo de permanência, proveniência, descanso do cuidador, situação de fragilidade, doenças crónicas com episódio de agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, cuidados paliativos, necessidade

de ensino doente/cuidadores, outras causas de solicitação) influenciam no risco de úlceras de pressão?

- Em que medida a avaliação funcional e autonomia interferem no risco de úlcera de pressão?

Face às questões formuladas, equacionamos os seguintes objetivos:

- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas no risco de úlcera de pressão;

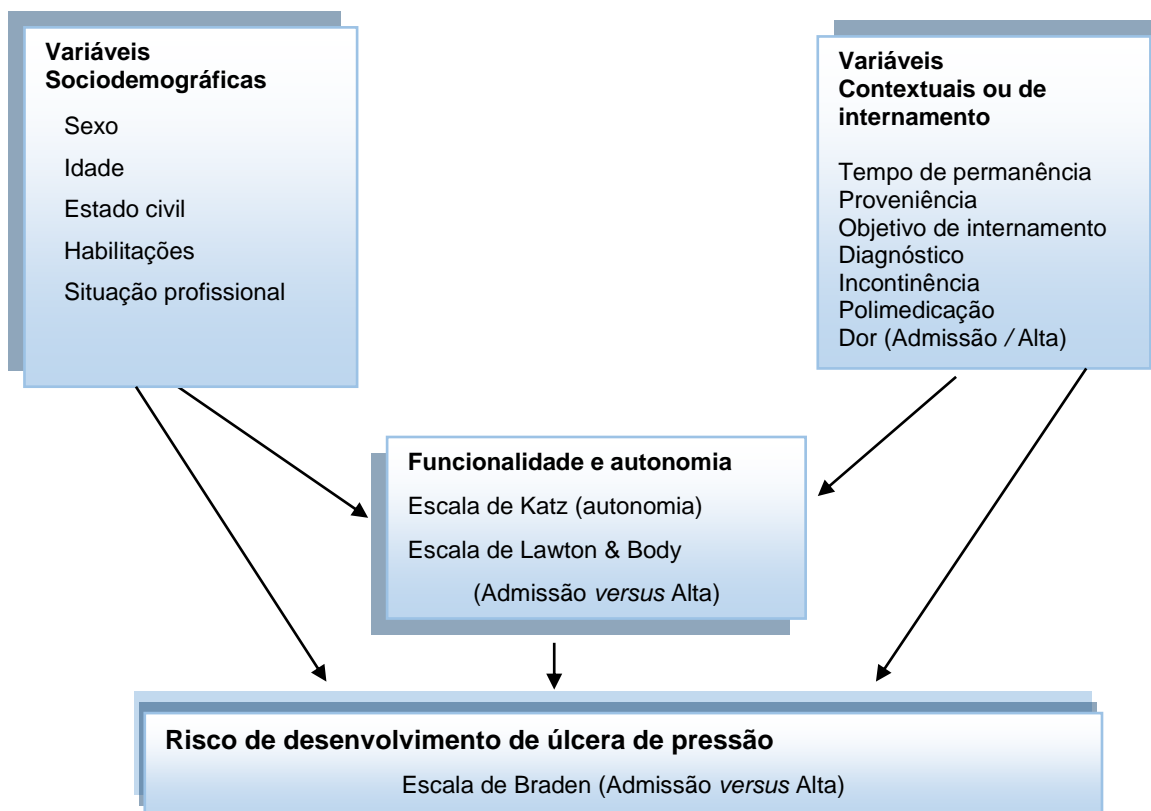
- Analisar a relação entre as variáveis contextuais de internamento e o risco de úlcera de pressão aquando a admissão e alta do utente à UCCI;

- Analisar se a funcionalidade e autonomia na admissão e alta do utente e se interferem no risco de úlcera de pressão.

Em suma, objetiva-se avaliar o risco de úlceras de pressão nos utentes da UCCI de Vouzela. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, retrospectivo, comparativo e numa ótica do tipo descritivo e correlacional.

Assim, com base nas questões de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura elaborou-se o seguinte esquema de investigação, que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo (cf. Esquema 2).

Figura 4 – Esquema de investigação



O estudo delineado para esta pesquisa é descritivo na medida em que se procura descrever as características dos indivíduos estudados e correlacional ao pretender avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha ativamente para as influenciar. É comparativo, permitindo relacionar a evolução/situação das variáveis em dois momentos distintos.

Utilizou-se a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas (Tuckman, 2005). Por outro lado, procura garantir-se a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação.

### 3.2. Participantes

A população alvo deste estudo foram os utentes internados na UCCI de Vouzela de 8 de abril de 2008 a 31 de dezembro de 2012. Do total de 365 utentes reuniram os critérios de inclusão 350 utentes para as variáveis sociodemográficas e contextuais ao internamento. Concomitantemente na avaliação ao risco de

desenvolvimento de úlceras de pressão participaram 345 utentes e na avaliação da autonomia estavam corretamente preenchido o Índice de Katz em 343 utentes.

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão de participantes. Neste estudo foram incluídos utentes de ambos os sexos, portadores ou não de úlceras de pressão, internados na UCCI de Vouzela. Os utentes que não têm as escalas avaliadas são excluídos. A amostra do estudo é constituída por 345 utentes que reuniam condições para serem incluídos no período definido do estudo.

### Idade

A análise da tabela 1 revela que na amostra de utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela se obteve um mínimo de idade de 32 anos e um máximo de 98 anos, sendo que, em média, a idade ronda os 78,61 anos com um desvio padrão de 11,232.

No que se refere aos utentes do género masculino, verifica-se um intervalo de idade entre os 32 anos (mínimo) e os 98 anos (máximo), com uma média de idades de 76,50 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 13,396, com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Quanto aos utentes do género feminino, confirma-se um mínimo de 34 anos e um máximo de 98 anos. A média de idades para este grupo é de 79,83 anos com um desvio padrão de 9,592, também com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 1 – Idade em função do género dos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela

Idade	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Masculino</b>	32	98	76,50	13,396	17,51	5,54	123,95	0,000
<b>Feminino</b>	34	98	79,83	9,592	12,01	706,13	9,43	0,000
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>98</b>	<b>78,61</b>	<b>11,232</b>	<b>14,28</b>	<b>10,16</b>	<b>10,35</b>	

### Género

Com a aplicação do teste Test t para a relação entre o género e a idade, verificou-se uma média de 76,5 e desvio padrão 13,39 para o sexo masculino e 79,83 anos (média) e 9,59 (desvio padrão) para o sexo feminino, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,14$ ) (tabela 2).

Tabela 2 – Teste t para diferenças de médias entre o género e a idade

Género	Média	Dp	Leven,s P	t	P
Masculino	76,5	13,39	0.000	-2,698	0,14
Feminino	79,83	9,59			

No que diz respeito os género dos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela e a sua idade, constatou-se 10,9% tinham idade  $\leq$  a 64 anos, 12,6% apresentavam idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, 46,6% entre os 75 e 84 anos e os restantes 29,9% possuíam idade superior a 85 anos.

Para o género masculino, 18% tinha idade  $\leq$  a 64 anos, 14,1% situava-se entre os 65 e os 74 anos, 41,3% entre os 75 e 84 anos e 26,6% tinham mais de 85 anos.

No que respeita ao sexo feminino, 6,8% possuía idade  $\leq$  a 64 anos, 11,7% com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, 49,5 % entre os 75 e 84 anos e os restantes 32% idade superior a 85 anos. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a idade dos utentes ( $p=0,008$ ) (tabela 3).

Tabela 3 - Género em função da idade

Idade	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
$\leq 64$ anos	23	18,0	15	6,8	38	10,9	3,2	-3,2	11,708	0,008
65 - 74 anos	18	14,1	26	11,7	44	12,6	0,6	-0,6		
75 - 84 anos	53	41,3	110	49,5	163	46,6	-1,5	1,5		
$\geq 85$ anos	34	26,6	71	32,0	105	29,9	-1,1	1,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

### Estado civil

Em relação ao estado civil, verificou-se que 14% dos utentes eram solteiros, 40,3% casados ou viviam em união de facto, 2,3% divorciados ou separados e 43,3% eram viúvos. O género masculino possui 12,5% de utentes solteiros, 58,3% casados/em união de facto, 5,5% divorciados ou separados e 25,7% viúvos. Quanto aos utentes do género feminino, pode constatar-se que 14,9% eram solteiras, 31,1% casadas/ em união de facto, 5% divorciadas/separadas e 53,5% viúvas. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre género e o estado civil dos utentes ( $p=0,000$ ).

Tabela 4 - Género em função do estado civil

Estado civil	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Solteiro	16	12,5	33	14,9	49	14,0	-0,6	0,6	36,507	0,000
Casado/ União de facto	72	56,3	69	31,1	141	40,3	4,6	-4,6		
Divorciado/ Separado	7	5,5	1	0,5	8	2,3	3,0	-3,0		
Viúvo	33	25,7	119	53,5	152	43,4	-5,1	5,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

No que se refere aos dados obtidos anteriormente, relativos ao género e estado civil, recategorizou-se a variável estado civil, sendo que o estado civil solteiro, divorciado/separado e viúvo foram recodificados em sem companheiro e os utentes casados como com companheiro.

Deste modo e atendendo aos resultados obtidos, constatou-se que 59,7% dos utentes não têm companheiro e 40,3% têm companheiro.

No grupo de sujeitos da amostra do género masculino, apurou-se que 43,7% situam-se no grupo dos utentes sem companheiro e 56,3% no grupo dos utentes com companheiro.

Quanto aos sujeitos da amostra do género feminino, constatou-se que a maioria (68,9%) tem companheiro e 31,1% não possuem companheiro.

Apurou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre género e a presença ou não de companheiro ( $p=0,000$ ).

Tabela 5 - Género em função da existência de Companheiro

	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	56	43,7	153	68,9	209	59,7	-4,6	4,6	21,379	0,000
Com companheiro	72	56,3	69	31,1	141	40,3	4,6	-4,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

### Habilitações literárias

No que se refere às habilitações literárias, 53,7% dos utentes não possuem instrução primária, 43,7% têm a 4.<sup>a</sup> classe antiga, correspondente ao atual 2º Ciclo do Ensino Básico, mais concretamente ao 6.º ano de escolaridade, 1,7% têm o 5.º ano antigo (9.º ano), 6% têm escolaridade pós secundária entre 6 meses a 2 anos e 3% possui escolaridade terciária correspondente a escolaridade superior a 2 anos (curso doutoral).

No grupo de utentes do género masculino, constatou-se que 40,6% dos utentes são considerados sem escolaridade, a maioria (53,9%) possui a 4.<sup>a</sup> classe antiga (6.<sup>o</sup> ano), 3,9% o 5.<sup>o</sup> ano antigo (9.<sup>o</sup> ano), 8% têm educação pós secundária (entre 6 meses a 2 anos) e, 8% possui educação terciária (educação superior a 2 anos - curso doutoral).

Quanto aos utentes do género feminino, a maioria (61,3%) é tida sem escolaridade, 37,7% têm a 4.<sup>a</sup> classe antiga, 5% o 5.<sup>o</sup> ano antigo.

Registou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações académicas e o género dos utentes ( $p=0,001$ ).

Tabela 6 – Habilitações literárias em função do género

Habilitações	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem escolaridade / Escolaridade Primária	52	40,6	136	61,3	188	53,7	-3,7	3,7	18,778	0,001
4. <sup>o</sup> classe (6. <sup>o</sup> ano)	69	53,9	84	37,7	153	43,7	2,9	-2,9		
5. <sup>o</sup> ano antigo (9. ano) – 7. <sup>o</sup> ano (12. <sup>o</sup> ano)	5	3,9	1	0,5	6	1,7	2,4	-2,4		
Escolaridade pós secundária (de 6meses a 2 anos)	1	0,8	1	0,5	2	0,6	0,4	-0,4		
Escolaridade terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral)	1	0,8	0	0	1	0,3	1,3	-1,3		
Total	128	100	222	100	350	100				

### Situação profissional

Apurou-se que, dos utentes com estudos, apenas 0,9% estavam numa situação profissional ativa, enquanto a maioria (99,1%) era reformada. Também se constatou que 1,6% dos utentes do género masculino e 0,5% do género feminino encontravam-se ainda ativos profissionalmente. Por outro lado, 98,4% dos utentes do género masculino e 99,5% do género feminino eram reformados.

Tabela 7 – Situação profissional em função do género

Habilitações	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Ativo	2	1,6	1	0,5	3	0,9	1,1	-1,1	1,181	0,277
Reformado	126	98,4	221	99,5	347	99,1	-1,1	1,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

### 3.3. Instrumentos

A recolha de dados é uma etapa do trabalho de investigação que permite obter os dados necessários para alcançar os objetivos do estudo.

Para a presente investigação, construiu-se um instrumento de colheita de dados, (cf. Anexo I). A sua estrutura é apresentada de seguida.

**Questionário sociodemográfico:** Obter respostas sobre o sexo, idade, estado civil, habilitações académicas e profissão.

**Questionário relativo às variáveis contextuais/internamento:** nesta parte do instrumento de colheita de dados constam questões que permitiram obter dados acerca do tempo de permanência, proveniência, objetivo de internamento, diagnóstico, incontinência, polimedicação e dor.

#### **Avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**

A população idosa apresenta um problema comum que tem como causa principal a pressão. Os determinantes para as úlceras de pressão são a intensidade e duração da pressão, e ainda a pele e a estrutura de sustentação à pressão.

A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de Braden foi elaborada e aplicada em 1987 tendo sido objeto de vários testes. Esta escala encontra-se em utilização em vários países (Ferreira *et al.*, 2007).

A escala de Braden tem um carácter preditivo. A sua utilização possibilita identificar o risco de contrair uma úlcera de pressão e permitir ao enfermeiro planear cuidados de Enfermagem, perspetivando a sua prevenção (Neves & Oliveira, 2009).

Na avaliação inicial e quando esta nos demonstra que o utente não tem úlceras de pressão então o objetivo das futuras reavaliações é identificar qualquer risco de úlceras de pressão para que se possa adotar medidas preventivas (Nixon & Mcgough, 2001).

A escala de Braden permite avaliar esse risco através de seis subescalas que avaliam fatores de risco e que podem ir de 1 a 4 pontos exceto a fricção que vai de 1 a 3 pontos. A soma destes pontos pode ir até 23 sendo que aí não existe risco de úlceras de pressão mas se a pontuação for igual ou inferior a 16 começamos a apresentar preocupação para o risco (Lueckenotte, 2002).

Existem várias escalas que nos ajudam na avaliação de risco de úlceras de pressão, entre elas, a escala de Braden (escala de risco de úlceras de pressão),

PUSH (escala de cicatrização de ulcera de pressão), entre outras (EPUAP-NPUAP, 2009).

A escala de Braden é um instrumento de avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão. Esta integra seis dimensões de avaliação, que posteriormente são divididas em subescalas (Neves & Oliveira, 2009).

Esta escala de Braden é constituída por seis dimensões/subescalas, entre essas encontram-se a perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Todas estas contribuem para o desenvolvimento de úlceras de pressão e nenhuma tem preferência em relação a qualquer outra (Ferreira *et al.*, 2007).

As subescalas de Braden estão ponderadas de 1 a 4, exceto a fricção e forças de deslizamento que se encontra ponderada entre 1 a 3. A soma destas subescalas pode ir de 6 a 22 pontos, sendo que seis é o valor mais alto de risco possível e o 22 é o valor mais baixo de risco possível, ou seja, quanto mais baixa a pontuação maior é o risco de úlceras de pressão e vice-versa (Ferreira *et al.*, 2007).

Os mesmos autores consideram de alto risco todos os utentes que apresentem pontuação igual ou inferior a 16 pontos. Se a pontuação for igual ou superior a 17 serão considerados utentes de baixo risco de desenvolver úlceras de pressão (Duque, 2009).

A aplicação da escala de Braden deve ser na admissão do utente e sempre que se verifiquem grandes alterações do estado geral do utente. Em conjunto com esta escala deve ser aplicada uma avaliação do estado da pele. Deve ainda existir um protocolo de atuação para aquando utentes com valores de risco de desenvolver úlceras de pressão (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Perceção sensorial**

Esta dimensão é ponderada com pontuação entre 1 e 4 pontos. A perceção sensorial pretende avaliar a capacidade de reação significativa do individuo ao desconforto. Esta dimensão subdivide-se em 4 pontos, sendo que um ponto é para utentes completamente limitado, dois pontos para o individuo muito limitado, três pontos perceção sensorial ligeiramente limitada e para utentes sem nenhuma limitação quatro valores (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Humidade**

Esta sub-dimensão avalia a exposição o nível de exposição da pele à humidade. Esta dimensão tem quatro níveis que vão de 1 a 4 pontos. Os quatro níveis de divisão são: 1 ponto para a pele constantemente húmida; 2 pontos para a pele muito húmida; 3 pontos para a pele ocasionalmente húmida e com 4 pontos para a pele raramente húmida (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Atividade**

O nível de atividade física do utente é avaliado neste sub dimensão, tendo uma pontuação de 1 a 4 valores. Assim dá-se 1 valor a utente acamado; 2 valores a sentado; 3 valores quando o utente anda ocasionalmente e com 4 valores quando o utente anda frequentemente (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Mobilidade**

Esta sub-dimensão avalia a capacidade do individuo em alterar e controlar a posição do corpo. A pontuação vai de 1 a 4 pontos, sendo que aplica-se 1 ponto para o utente completamente imobilizado; 2 pontos quando a mobilidade se encontra muito limitada; 3 pontos para ligeiramente limitada e 4 pontos quando não existe qualquer limitação da mobilidade do utente (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Nutrição**

A sub-dimensão nutrição divide-se entre 1 ponto e 4 pontos. Assim 1 ponto é para dietas muito pobres; 2 pontos para dieta provavelmente inadequada; 3 pontos dieta adequada e aquando a dieta é excelente dá-se 4 pontos (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Fricção e forças de deslizamento**

Ao contrário das outras sub-dimensões esta é avaliada de 1 a 3 pontos. Aos utentes que têm problema na fricção e forças de deslizamento dá-se 1 ponto; 2 pontos é para utentes com problema potencial e dá-se 3 pontos quando não existe nenhum problema (Ferreira *et al.*, 2007).

### **Avaliação da autonomia nas atividades de vida diária**

As atividades básicas de vida diária referem-se ao autocuidado e são fundamentais para a manutenção da independência de um individuo. Entre estas atividades contemplam-se a auto capacidade de alimentação, continência, locomoção,

tomar banho, entre outras. Estas atividades foram denominadas de atividades de vida diária, o que designamos na prática como AVD's (Freitas, Cansado, Doll & Gorzoni, 2006).

O índice de Katz foi desenvolvido para ser utilizado em utentes institucionalizados para avaliar as atividades de vida diárias. Esta escala é constituída por seis atividades de vida diária entre elas estão o banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação. Nas diferentes atividades pode-se avaliar se o idoso é independente, necessita de ajuda parcial ou é dependente (Sequeira, 2010). A escala de Katz é constituída por seis dimensões e cada dimensão por dois indicadores pontuados entre 0 e 1 ponto. As duas categorias de classificação são independente ou dependente. As seis dimensões referem-se a tomar banho, vestir-se, higiene, deslocar-se, continência, alimentação. Quando a soma das atividades se encontram entre 0 e 1 verifica-se incapacidade severa, entre 2 e 3 apresenta incapacidade moderada e entre 4 e 6 o utente apresenta ausência de incapacidade ou seja independência (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007).

### **Avaliação do nível da funcionalidade**

A escala de Lawton nasceu em 1975. A versão portuguesa foi iniciada em 1992 e esta foi referida como sendo escala de ânimo. O seu objetivo visa o bem-estar dos utentes, tendo sido gerada para ser utilizada nos idosos institucionalizados e para ser breve para que não fosse mais uma sobrecarga para o idoso. A validação desta escala tem uma base teórica e empírica (Ribeiro, 2007).

A escala de Lawton avalia o nível de independência da pessoa idosa referentes às atividades instrumentais, e compreende tarefas como usar telefone, fazer compras entre outras atividades. Mas esta escala apresenta alguns pontos fracos, entre os quais, algumas atividade como limpeza da casa serem influenciadas pela cultura e género nomeadamente nas sociedades ocidentais (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008).

O idoso deve executar as suas atividades do dia-a-dia para que tenha uma vida independente e ativa. Para isso deve utilizar os recursos disponíveis no meio ambiente. O conjunto destas atividades foi designado por atividade instrumentais da vida diária e estão relacionadas com a realização de atividades como utilizar o telefone, arrumar a casa entre outras (Freitas, Cançado, Doll & Gorzoni, 2006).

A escala de Lawton permite avaliar a capacidade do individuo realizar essas atividades ou não traduzindo-as para uma pontuação após a colocação de nove

questões. Para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda refere-se a capacidade com ajuda; e a terceira, dependência. A pontuação máxima é de 27 pontos. O valor de corte é de 19 a 27 pontos indica que o utente é independente. 10 a 18 valores o utente necessita de ajuda, e inferior ou igual a 9 o utente encontra-se dependente (Lawton, 1982).

A escala de Lawton utilizada na UCCI de Vouzela tem apenas oito critérios. Estes critérios são: se utiliza telefone, se faz compras, faz contas/cheque, gere medicação, utiliza transportes, prepara refeições, cuida da casa e/ou vai à mesa, cuida da roupa. Estes oito critérios são avaliados por três itens com 3 valores, e se o utente for independente é pontuado com 3 pontos, se necessitar de ajuda parcial com 2 ponto e se for dependente com 1 ponto. Assim temos nesta escala o máximo de pontuação de 24 e o mínimo de 8 pontos. Quando a soma dos critérios é de 8 estamos perante um utente totalmente dependente; de 9 a 18 utente dependente com assistência; quando superior ou igual a 19 temos um utente independente. Estes pontos de corte foram adaptados uma vez que existiam porque não existia a questão dos trabalhos manuais e assim foi necessário adotar estes pontos de corte.

### **Avaliação da dor**

A avaliação através de escalas e o registo da intensidade da dor avaliada pelos profissionais de saúde tem que ser feita de forma contínua e regular, tal como os restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa de saúde e a melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003).

Existem instrumentos de avaliação que podem simultaneamente avaliar a dor aguda e crónica e que podem ser unidimensionais, que avaliam a intensidade, ou multidimensionais, que avaliar entre outros a duração da dor. De entre os instrumentos de avaliação da dor mais utilizados estão as escalas de faces e a escala numérica (Ritto *et al.*, 2012).

A escala de faces é uma escala que pode ser utilizada a doentes com idade igual ou superior a três anos. Na avaliação é necessário pedir ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com as faces apresentadas na escala. Quando o doente manifestar uma expressão de felicidade, esta corresponde à classificação “Sem Dor”. Quando a expressão for de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima” (DGS, 2003). A classificação de acordo com a mímica vai de sem dor a dor máxima (Ritto *et al.*, 2012).

A escala permite ao doente manifestar e quantificar a dor e permite ainda ao profissional de saúde ter uma avaliação mais objetiva e agir em conformidade.

A escala Numérica é uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10 e pode ser apresentada ao doente na horizontal ou na vertical. À numeração desta escala corresponde uma intensidade de Dor, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”. a numeração obtida deve ser registada (DGS, 2003). Esta é uma escala de autoavaliação e pode ser utilizada a doentes com idade superior ou igual a seis anos (Ritto *et al.*, 2012).

#### 3.4. Procedimentos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, teve-se como orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes bem como a proteção dos dados para este fim. Foi realizada uma nota introdutória no questionário, de modo a informar as participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições, e concretizada a resposta ao questionário será considerada como consentimento livre e esclarecido, garantindo-se a participação voluntária.

Para a aplicação do questionário foi efetuado um pedido formal de autorização ao Diretor Técnico/Clínico, tendo este concedido autorização através do ofício da UCCI (cf. Anexo II).

Os dados foram colhidos pela investigadora através do processo morto dos 350 utentes que tiveram alta da UCCI, ou seja, desde a abertura da UCCI até final de 2012. Mas foram critérios de exclusão todos os utentes que não tinham as escalas preenchidas, pelo que a nossa amostra foi de 345 utentes. A recolha de dados ocorreu entre 2012/2013.

Há a salientar que houve a necessidade de se recodificar variáveis, conforme se passa a expor:

Quanto às patologias, a sua recategorização deveu-se à multiplicidade de diagnósticos apresentados no aplicativo informático da RNCCI houve necessidade de recodificar estes diagnósticos tendo-se optando pela classificação internacional de Doenças (CID 10). Este, por sua vez, foi recodificado em cinco grupos para que fosse

possível ter uma melhor análise. Estes cinco grupos são: 1 – doenças do aparelho circulatório; 2 – transtornos mentais; 3 – doenças do sistema oste muscular; 4 – doenças do sistema nervoso; 5 – outros.

Em relação à escala da dor, definiu-se que de 0 a 4 valores corresponde a - Sem dor; 5 a 7 valores corresponde a dor moderada e  $\geq 8$  corresponde dor máxima.

Relativamente à polimedicação, esta foi agrupada do seguinte modo:

$\leq 1$  medicamento

2 a 4 medicamentos

$\geq 5$  medicamentos

Quanto à escala de Lawton, aplicada na UCCI de Vouzela, a mesma apresenta menos um item que a escala de Lawton & Brody original. Uma vez que não havia pontos de corte foram adaptados os seguintes pontos que se seguem a explicar:

19 a 27 pontos – Independente

10 a 18 pontos – Utente com assistência

1 a 9 pontos – Dependente

Relativamente à escala de Katz, aplicada na UCCI de Vouzela, a mesma tem como resposta possível três respostas que têm a cotação de 1, 2 e 3, mas esta cotação não está de acordo com a indicação do autor da escala. Assim, foram adaptados os seguintes pontos de corte que se seguem a explicar:

0 -1 – Ausência de incapacidade

2 – 3 – Incapacidade moderada

4 – 6 – Incapacidade severa

### 3.5. Análise dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Versão 20.0. Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinou-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com

enviesamento à direita e se  $SK/EP$  for superior a 2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2009).

Para as medidas de achatamento curtose ( $K$ ) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão ( $EP$ ). Deste modo, se  $K/EP$  oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se  $K/EP$  for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica, enquanto para  $K/EP$  superior a 2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov – Smirnov, Skeness e Kurtosis foram aplicados a todas variáveis de natureza quantitativa.

O Coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados (Pestana & Gageiro, 2009).

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% -15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam a distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras.

No que concerne à estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e a testes não paramétricos.

Maroco (2007) refere que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro (2009) quando afirma que para grupos amostrais com um  $n$  superior a 30, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, para amostras iguais ou inferiores a 30, este teste exige que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade/normalidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (Pestana & Gageiro, 2009) utilizou-se o teste de *U-Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis*.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são expostos dois testes de *t* (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado

tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais) (Pestana & Gageiro, 2009).

Recorreu-se igualmente à regressão que é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Ao comparar-se uma variável dependente e mais que uma variável independente, efetuou-se a regressão múltipla. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2009) sugerem que:

$r < 0.2$  – associação muito baixa

$0.2 < r < 0.39$  – associação baixa

$0.4 < r < 0.69$  – associação moderada

$0.7 < r < 0.89$  – associação alta

$0.9 < r < 1$  – associação muito alta

Teste de qui quadrado ( $X^2$ ) - para o estudo de relações entre variáveis nominais.

Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana & Gageiro, 2009).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

$p > 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados foi realizada com o recurso de tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Postas estas considerações metodológicas, inicia-se, no capítulo seguinte, a apresentação e análise dos resultados.



## Capítulo 4 – Resultados

De seguida procede-se à apresentação dos resultados referentes aos dados recolhidos. De forma a facilitar a análise dos dados estatísticos obtidos, estes estão expostos em quadros precedidos da respetiva análise. Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, a primeira diz respeito à análise descritiva e a segunda à análise inferencial.

### 4.1 - Análise Descritiva

Neste subcapítulo realiza-se a análise descritiva segundo as variáveis contextuais/internamento.

#### Tempo de permanência

No que diz respeito ao tempo de permanência em dias, observou-se o mínimo de 1 dia de permanência na unidade e um máximo de 759 dias, com uma média de permanência de 126,95 dias, havendo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Quanto aos utentes do género masculino, verificou-se um mínimo de 1 e um máximo de 612 dias de permanência na UCCI de Vouzela, com uma média de 121,22 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 117,349, com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

No grupo de utentes do género feminino, registou-se um mínimo de 2 dias e um máximo de 759 dias de permanência na UCCI de Vouzela, com uma média de 130,26 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 118,308 com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 8 – Tempo de permanência em função do género dos tentes institucionalizados da UCCI de Vouzela

Tempo de permanência	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Masculino</b>	1	612	121,22	117,349	96,79	9,08	10,89	0,000
<b>Feminino</b>	2	759	130,26	118,308	90,81	12,92	17,26	0,000
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>759</b>	<b>126,95</b>	<b>117,87</b>	<b>92,84</b>	<b>15,66</b>	<b>19,90</b>	<b>0,000</b>

Os resultados mostram que as médias de ambos os géneros estão muito próximas, ou seja, 121,22 para o género masculino e 130,26 para o sexo feminino,

com os seguintes desvios padrão 117,34 e 118,30, respetivamente. Todavia, não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,490$ ).

Tabela 9 – Teste t para diferenças de médias entre o tempo de permanência e o género

Género	Média	Dp	Leven,s P	t	P
Masculino	121,22	117,34	0,907	-0,690	0,490
Feminino	130,26	118,30			

No que diz respeito ao tempo de permanência na UCCI de Vouzela, constatou-se que 24,9% dos utentes permaneceram num período  $\leq$  a 54 dias, 19,4% entre 55 e os 88 dias, 30,6% de 89 a 182 dias e os restantes 25,1% num período superior a 183 dias.

No que respeita ao género masculino, averiguou-se que 32% permaneceram num período  $\leq$  a 54 dias, 14,8% entre 55 e os 88 dias, 29,7% de 89 a 182 dias e 23,5% num período superior a 183 dias. No grupo de utentes do género feminino, verificou-se que 20,7% estiveram num período  $\leq$  a 54 dias, 22,1% compreendido permaneceram num período entre 55 e os 88 dias, 31,1% de 89 a 182 dias e as restantes 26,1% mais que 183 dias. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de permanência em dias na UCCI de Vouzela e o género dos utentes ( $p=0,084$ ).

Tabela 10 – Tempo de permanência em função do género

Tempo de permanência de	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
$\leq 54$ dias	41	32,0	46	20,7	87	24,9	2,4	-2,4	6,647	0,084
55-88 dias	19	14,8	49	22,1	68	19,4	-1,6	1,6		
89 – 182 dias	38	29,7	69	31,1	107	30,6	-0,3	0,3		
$\geq 183$ dias	30	23,5	58	26,1	88	25,1	-0,6	0,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

### Proveniência

Quanto à proveniência dos sujeitos da mostra, em conformidade com os dados expostos na tabela 11, pode dizer-se a maioria (70,3%) provém do domicílio, 27,4% do hospital e 2,3% resultam de transferências de outras instituições.

No que respeita à proveniência dos utentes do género masculino, observou-se que a maioria (61,8%) provém do domicílio, 35,9% do hospital e 2,3% são transferidos.

Quanto às utentes do género feminino, a maioria (75,2%) provém do domicílio, 22,5% do hospital, enquanto as restantes 2,3% provém de transferências.

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a proveniência e o género dos utentes ( $p=0,024$ ).

Tabela 11 – Proveniência em função do género

Proveniência	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Domicílio	79	61,8	167	75,2	246	70,3	-2,7	2,7	7,437	0,024
Hospital	46	35,9	50	22,5	96	27,4	2,7	-2,7		
Transferência	3	2,3	5	2,3	8	2,3	0,1	-0,1		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Descanso do cuidador

O descanso do cuidador é um tipo de resposta a utentes, que dá apoio ao cuidador e ao utente, possibilitando ao cuidador restabelecer-se e descansar durante o internamento do utente esta tipologia só é viável num período de internamento no máximo de 90 dias por ano.

Assim, com base nos resultados obtidos e expostos na tabela 12, pode afirmar-se que dos sujeitos estudados, 43,7% integraram na UCCI de Vouzela para descanso do cuidador, sendo que se registaram 32,8% casos do sexo masculino e 50% do sexo feminino a solicitar este tipo de resposta. Registou-se diferenças estatisticamente significativas entre a causa de solicitação “Descanso do cuidador” e o género ( $p=0,024$ ).

Tabela 12 – Descanso do cuidador em função do género

Descanso do cuidador	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	86	67,2	111	50,0	197	56,3	3,1	-3,1	9,748	0,002
Sim	42	32,8	111	50,0	153	43,7	-3,1	3,1		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Situação de fragilidade

De acordo com os dados obtidos e expostos na tabela 13, pode dizer-se que a causa de solicitação de internamento por situação de fragilidade do utente foi, na maioria, registada (94,3%).

No que se refere ao sexo masculino, a maioria (93%) registou a situação de fragilidade para integração na RNCCI, em comparação com os 7% dos restantes casos. Já no que concerne às utentes do género feminino, a sua maioria (95%)

encontrava-se em situação de fragilidade no momento da admissão, face às restantes 5% das utentes.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação de fragilidade como causa de solicitação e o género ( $p=0,420$ ).

Tabela 13 – Situação de Fragilidade em função do género

Situação de Fragilidade	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	9	7,0	11	5,0	20	5,7	0,8	-0,8	0,650	0,420
Sim	119	93,0	211	95,0	330	94,3	-0,8	0,8		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Doenças crónicas

No que se refere às doenças crónicas com episódio de agudização, sendo esta uma outra causa de solicitação de internamento dos utentes na unidade, com base nos dados expostos na tabela 14, pode dizer-se que 36,3% dos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela referiam a presença de doença crónica com episódio de agudização. Registou-se que 42,2% dos utentes do género masculino referiram pela positiva esta causa de solicitação, bem como 32,9% das utentes institucionalizadas no mesmo período.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a presença de doenças crónicas com episódio de agudização ( $p=0,081$ ).

Tabela 14 – Presença de doença crónica agudizada em função do género

Doença Crónica	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	74	57,8	149	67,1	223	63,7	-1,7	1,7	3,040	0,081
Sim	54	42,2	73	32,9	127	36,3	1,7	-1,7		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Necessidade de continuidade de cuidados

No que se refere à necessidade de continuidade de cuidados, esta também constituiu uma causa de solicitação de institucionalização na RNCCI. Assim, verificou-se, conforme os dados expostos na tabela 15, que a maioria dos utentes (84,2%) referiu necessidade de continuidade de cuidados.

No grupo de utentes do género masculino, a maioria (92,2%) necessita de continuidade de cuidados. Também se confirmou que a maioria das utentes do sexo feminino (84,2%) referiu igualmente essa necessidade.

Confirma-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a necessidade de continuidade de cuidados ( $p=0,032$ ).

Tabela 15 – Necessidade de continuidade de cuidados em função do género

Continuidade de Cuidados	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	10	7,8	35	15,8	45	12,9	-2,1	2,1	4,584	0,032
Sim	118	92,2	187	84,2	305	87,1	2,1	-2,1		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Necessidade de vigilância e tratamentos complexos

Quanto à necessidade de vigilância e tratamentos complexos, conforme os dados expostos na tabela 16, pode dizer-se que 36,9% dos sujeitos da amostra referiram essa necessidade como causa de solicitação, contrariamente aos 63,1% que não necessitaram dessa solicitação.

Mais concretamente, constatou-se que 39,1% dos utentes do género masculino observa-se revelaram necessidade de vigilância e tratamentos complexos, bem como 35,6% das utentes do género feminino.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,516$ ).

Tabela 16 – Necessidade de vigilância e tratamentos complexos em função do género

Tratamento Complexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	78	60,9	143	64,4	221	63,1	-0,6	0,6	0,422	0,516
Sim	50	39,1	79	35,6	129	36,9	0,6	-0,6		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Cuidados paliativos

Como se pode verificar, através dos dados da tabela 17, 7% dos casos necessitaram, durante o período de internamento, da prestação de cuidados paliativos, contrariamente aos 92,3% que não sentiram essa necessidade como causa de integração na UCCILDM.

Mais pormenorizadamente, constatou-se que, nos utentes do género masculino, esta causa de solicitação esteve presente unicamente em 4,7% dos casos, enquanto nas utentes do género feminino obteve-se 9,5% dos casos.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,107$ ), no que concerne à necessidade de ações paliativas em função do género.

Tabela 17 – Cuidados Paliativos em função do género

Cuidados Paliativos	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	122	95,3	201	90,5	323	92,3	1,6	-1,6	2,597	0,107
Sim	6	4,7	21	9,5	27	7,7	-1,6	1,6		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidadores

De acordo com os resultados expostos na tabela 18, pode dizer-se que 77,7% dos casos houve a necessidade de ensino ao utente e/ou aos cuidadores. Como tal, no grupo de sujeitos do género masculino, apurou-se que 78,1% dos utentes e/ou cuidadores necessitaram de ensino na área da prestação de cuidados, sendo esta uma situação análoga a 77,5% das utentes do género feminino.

Não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,889$ ), no que respeita a esta causa de solicitação em função do género.

Tabela 18 – Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidadores em função do género

Necessidade de ensino	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	28	21,9	50	22,5	78	22,3	-0,1	0,1	0,020	0,889
Sim	100	78,1	172	77,5	272	77,7	0,1	-0,2		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Outra causa de solicitação

No que respeita à existência de outras causas de solicitação de ingresso na RNCCI não discriminadas, descritas como outra causa de solicitação, com base nos dados apurados e expostos na tabela 19, pode dizer-se que em 76% dos casos não existiu outra causa de solicitação, ao contrário dos restantes 24% dos casos.

Verificou-se que 29,7% dos casos de utentes do género masculino esteve presente a existência de uma outra causa de internamento, sendo esta uma situação análoga aos 20,7% das utentes do género feminino.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as duas variáveis descritas.

Tabela 19 – Outra causa de solicitação em função do género

Outra causa de solicitação	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	90	70,3	176	79,3	266	76,0	-1,9	1,9	3,579	0.059
Sim	38	29,7	46	20,7	84	24,0	1,9	-1,9		
<b>Total</b>	128	100	222	100	350	100				

### Principais patologias diagnosticadas

Pela análise dos resultados da tabela 20, pode dizer-se que as principais patologias diagnosticadas nos utentes admitidos na UCCI de Vouzela foram as seguintes: 39,1% doenças do aparelho circulatório, 16% transtornos mentais, 10,9% doenças do sistema osteomuscular, 8,9% doenças do sistema nervoso, 8,9% doenças endócrinas, 17,1% outras patologias.

No que se refere aos utentes do género masculino, apurou-se que o diagnóstico principal apresentado na admissão foi em 40,6% dos casos doenças do aparelho circulatório, 10,9% doenças do sistema nervoso, 10,2% transtornos mentais, 8,6% doenças do sistema osteomuscular, 7,8% doenças endócrinas e 21,9% são outras patologias.

No grupo de utentes do género feminino, o diagnóstico principal em termos de admissão ocorreu em 38,3% doenças do aparelho circulatório, 19,4% transtornos mentais, 12,2% doenças do sistema osteomuscular, 8,1% doenças endócrinas, 7,6% são doenças do sistema nervoso e 14,4% são outras patologias

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico de principais patologias e o género ( $p=0,109$ ).

Tabela 20 – Diagnóstico principal em função do género

Diagnóstico Principal	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Doenças endócrinas	10	7,8	18	8,1	28	8,0	-0,1	0,1	9,004	0,109
Transtornos Mentais	13	10,2	43	19,4	56	16,0	-2,3	2,3		
Doenças do Sistema nervoso	14	10,9	17	7,6	31	8,9	1,0	-1,0		
Doenças do aparelho circulatório	52	40,6	85	38,3	137	39,1	0,4	-0,4		
Doenças do sistema osteomuscular	11	8,6	27	12,2	38	10,9	-1,0	1,0		
Outras patologias	28	21,9	32	14,4	60	17,1	1,8	-1,8		
Total	128	100	222	100	350	100				

### Diagnóstico secundário de outras patologias

No que respeita ao diagnóstico secundário apresentado pelos sujeitos da mostra aquando do momento da admissão, verificou-se que: 42,3% são doenças do aparelho circulatório, 15,1% são doenças endócrinas, 8,7% são transtornos mentais, 7,9% são doenças do sistema osteomuscular, 6% são doenças do sistema nervoso, e 20% constituem o grupo de outras patologias que não estão agrupadas nos grupos citados anteriormente.

Apurou-se que o diagnóstico secundário apresentado na admissão de utentes do sexo masculino foi de 44,9% para as doenças do aparelho circulatório, 9,2% doenças endócrinas, 9,2% transtornos mentais, 6,1% doenças do sistema nervoso, 4,1% doenças do sistema osteomuscular e 26,5% são outras patologias.

Já para as utentes do género feminino, o diagnóstico secundário ocorreu em 40,7% de casos de doenças do aparelho circulatório, 18,6% são doenças endócrinas, 10,2% doenças do sistema osteomuscular, 8,4% transtornos mentais, 6% são doenças do sistema nervoso e 16,1% são outras patologias.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico secundário de outras patologias e o género ( $p=0,072$ ).

Tabela 21 – Diagnóstico secundário em função do género

Diagnóstico Secundário	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Doenças endócrinas	9	9,2	31	18,6	40	15,1	-2,1	2,1	10,116	0,072
Transtornos Mentais	9	9,2	14	8,4	23	8,7	3,4	-0,2		
Doenças do Sistema nervoso	6	6,1	10	6,0	16	6,0	0,0	0,0		
Doenças do aparelho circulatório	44	44,9	68	40,7	112	42,3	0,7	-0,7		
Doenças do sistema osteomuscular	4	4,1	17	10,2	21	7,9	-1,8	1,8		
Outras patologias	26	26,5	27	16,1	53	20,0	2,0	-2,0		
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>265</b>	<b>100</b>				

### Incontinência urinária

Pela análise dos resultados da tabela 22, pode dizer-se que na maioria dos casos (80,6%) foi diagnosticada incontinência urinária, enquanto em 19,4% dos casos havia o controlo esfinteriano. Constatou-se que a maioria dos utentes do género masculino (79,7%) havia descontrolo involuntário dos esfíncteres, sendo esta uma situação análoga a 81,1% das mulheres

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a incontinência urinária e o género ( $p=0,751$ ).

Tabela 22 – Incontinência vesical em função do género

Incontinência vesical	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<b>Não</b>	26	20,3	42	18,9	68	19,4	0,3	-0,3	0,101	0,751
<b>Sim</b>	102	79,7	180	81,1	282	80,6	-0,3	0,3		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Incontinência fecal

Com a observação dos resultados expostos na tabela 23, verificou-se a presença de incontinência fecal em 72,3% dos casos do total da amostra em estudo. De forma mais pormenorizada, e em relação aos utentes do género masculino, esta situação ocorreu em 72,7%, uma situação semelhante a 72,1% das utentes do género feminino.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a incontinência fecal e o género ( $p=0,906$ ).

Tabela 23 – Incontinência fecal em função do género

Incontinência fecal	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	35	27,3	62	27,9	97	27,7	-0,1	0,1	0,014	0,906
Sim	93	72,7	160	72,1	253	72,3	0,1	-0,1		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Necessidade de sonda vesical

Com base na análise dos valores expostos na tabela 24, pode dizer que, ao longo do período de internamentos, 22% dos sujeitos da amostra necessitaram de colocação de cateterismo vesical, alguns em carácter permanente e outros temporariamente. Apurou-se que 26,6% dos homens foram algaliados, bem como 19,4% mulheres. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a algaliação e o género ( $p=0,118$ ).

Tabela 24 – Presença de sonda vesical em função do género

Sonda vesical	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	94	73,4	179	80,6	273	78,0	-1,6	1,6	2,448	0,118
Sim	34	26,6	43	19,4	77	22,0	1,6	-1,6		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Dor na admissão e na alta

A análise dos resultados expostos na tabela 25 demonstra que na nossa amostra de utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela registou-se um mínimo de dor na admissão (avaliado pela escala numérica da dor) de 0 e máximo de 8. Na última avaliação desta escala antes do momento da alta clínica/ saída da UCCI verificou-se um mínimo de 0 e um máximo de 9, sendo em média 0,39 na admissão e 0,16 na alta, com um desvio padrão igual a 1,291 na admissão e 0,809 na alta.

Tanto no momento da alta como da admissão verificou-se a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 25 - Dor na admissão e alta

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Admissão</b>	0	8	0,39	1,291	5	26,884	45,734	0,000
<b>Alta</b>	0	9	0,16	0,809	5,056	52,523	211,861	0,000

### Dor na admissão *versus* género

No que se refere à primeira aplicação da escala numérica da dor, apurou-se um mínimo de dor cotada com 0 e um máximo de 8, cotada numa escala de 0 (valor mínimo) e 10 (máximo). A média na totalidade dos utentes ronda os 0,39 com um desvio padrão de 1,291, verificando-se a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Para os utentes do género masculino, verificou-se um intervalo de dor entre 0 (mínimo) e 8 (máximo), com uma média de dor de 0,44 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,333 com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Para as utentes do género feminino, confirmou-se um mínimo de dor de 0 e um máximo de 7. A média de dor para este sexo é de 0,37 com um desvio padrão de 3,42 também com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ) (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Dor na admissão em função do género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Masculino</b>	0	8	0,44	1,333	3,02	16,04	28,83	0,000
<b>Feminino</b>	0	7	0,37	1,26	3,42	21,82	36,67	0,000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0,39</b>	<b>1,291</b>	<b>3,31</b>	<b>26,88</b>	<b>45,73</b>	<b>0,000</b>

### Dor na alta *versus* género

Apurou-se que, na amostra de utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela, tabela 27, na última aplicação da escala numérica da dor, houve um mínimo de dor cotada com 0 e um máximo de 9, cotada numa escala de 0 (valor mínimo) e 10 (máximo). A média na totalidade dos utentes ronda os 0,16 com um desvio padrão de 0,809, verificando-se a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Para os utentes do género masculino, verifica-se um intervalo de dor entre 0 (mínimo) e 5 (máximo), com uma média de dor de 0,16 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,726 com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Para as utentes do género feminino, confirma-se um mínimo de dor de 0 e um máximo de 9. A média de dor para este sexo é igual ao sexo masculino (0,16) com um desvio padrão de 0,855 também com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 27 - Dor na alta em função do género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Masculino</b>	0	5	0,16	0,726	4,53	25,84	76,20	0,000
<b>Feminino</b>	0	9	0,16	0,855	5,34	44,38	187,38	0,000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0,16</b>	<b>0,809</b>	<b>5,05</b>	<b>52,52</b>	<b>211,84</b>	<b>0,000</b>

### Presença de dor *versus* género

Com a aplicação do test t, conforme mostra a tabela 28, para a relação entre o género e a presença de dor, apurou-se que, na primeira aplicação da escala numérica da dor, havia uma média de 0,44 e desvio padrão 1,333 para o sexo masculino e 0,37 (média) e 1,269 (desvio padrão) para o sexo feminino. Não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,635$ ).

Na última aplicação da escala numérica da dor, constatou-se uma média de 0,16 e desvio padrão 0,726 para o sexo masculino e 0,16 (média) e 0,855 (desvio padrão) para o sexo feminino. Não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,987$ ).

Tabela 28 – Teste t para diferença da avaliação da dor na admissão e alta

Género	Masculino		Feminino		Leven,s p	T	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Admissão</b>	0,44	1,333	0,37	1,269	0,436	0,475	0,635
<b>Alta</b>	0,16	0,726	0,16	0,855	0,949	-0,016	0,987

### Dor na admissão *versus* género

Pela análise da tabela 29, verificou-se que, no momento da admissão, 96,6% dos utentes apresentavam-se sem dor, ou seja, com escala cotada entre 0 a 4 pontos, 3,1% apresentavam dor moderada (cotada entre 5 e 7) e 0,3% com dor máxima ( $\geq 8$ ).

Quanto aos utentes do género masculino, a maioria (96,9%) não manifestou dor, 2,3% manifestou dor moderada e 8% dor máxima. Em relação às utentes do género feminino, verificou-se também que a maioria (96,4%) não manifestou dor, 3,6% dor moderada e nenhuma utente manifestou dor máxima no momento da admissão.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dor na admissão e o género ( $p=0,342$ ).

Tabela 29 – Dor na admissão em função do género

Tempo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem dor	124	96,9	214	96,4	338	96,6	0,2	-0,2	2,146	0,342
Dor moderada	3	2,3	8	3,6	11	3,1	-0,07	0,7		
Dor máxima	1	0,8	-	0,0	1	0,3	1,3	-1,3		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Dor na alta *versus* género

Em conformidade com a análise da tabela 30, pode dizer-se que, no momento da alta/transferência ou óbito, 98,9% dos utentes não apresentavam dor, 0,9% apresentavam dor moderada e 0,2% com dor máxima. Quanto aos utentes do género masculino, a sua maioria (98,4%) não manifestou dor, 1,6% dor moderada, sem registo de algum caso com dor máxima. Referente às utentes do género feminino, também se apurou que a maioria (99,1%) não tinha dor, 0,5% tinham dor moderada e 0,5% manifestam dor máxima, na última aplicação da escala numérica da dor.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a dor na alta e o género ( $p=0,417$ ).

Tabela 30 – Dor na alta em função do género

Tempo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem dor	126	98,4	220	99,1	346	98,9	-0,6	0,6	1,752	0,417
Dor moderada	2	1,6	1	0,5	3	0,9	1,1	-1,1		
Dor máxima	-	0,0	1	0,4	1	0,2	-0,08	0,8		
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>222</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>				

### Dor na admissão *versus* idade

Pode dizer-se que 96,6% dos utentes não manifestavam dor no momento da admissão, 3,1% manifestava dor moderada e 0,3% dor máxima.

No que respeita à categorização por idade, verificou-se que, no momento da admissão, dos utentes com idade  $\leq$  a 64anos, 97,4% não apresentavam dor, apresentavam dor moderada e 2,6% dor máxima. Dos indivíduos com idade

compreendida entre os 65 e os 74 anos 93,2% não exprimiam dor, 6,8% exprimiam dor moderada e ninguém exprimiu dor máxima na admissão com a idade compreendida no intervalo. Nos indivíduos com idade entre os 75anos e os 84, 95,7% não expressavam dor, 4,3% expressavam dor moderada e nenhum caso expressou dor máxima na admissão. Os indivíduos com idade  $\geq$  a 85 anos revelaram no momento após integração na UCCI de Vouzela sem dor com uma percentagem de 99%, dor moderada 1% e dor máxima 0,3%.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre a dor na admissão e a idade dos indivíduos ( $p=0,033$ ).

Tabela 31 – Dor na admissão em relação com idade

Dor admissão	<=64 anos		65 – 74 anos		75 – 84		>=85 anos		Total		Residuais				X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	4		
Sem dor	37	97,4	41	93,2	156	95,7	104	99,0	338	96,6	0,3	-1,2	2,9	1,7	13,721	0,033
Dor moderada	-	0,0	3	6,8	7	4,3	1	1,0	11	3,1	-1,3	1,5	-0,4	-1,5		
Dor máxima	1	2,6	-	0,0	-	0,0	-	0,0	1	0,3	-0,8	1,2	-0,9	-0,7		
Total	38	100	44	100	163	100	105	100	350	100						

### Dor versus momento da alta

Com base nos dados expostos na tabela 32, pode dizer-se que 98,9% dos utentes não manifestavam dor no momento da alta, 0,9% manifestava dor moderada e 0,3% dor máxima.

No que respeita à categorização por idade, verificou-se que, no momento da alta, dos sujeitos com idade  $\leq$  a 64anos, 100% não apresentavam dor: Dos indivíduos com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos 97,7% não exprimiam dor, 2,3% exprimiam dor moderada e ninguém exprimiu dor máxima na alta. Nos indivíduos com idade entre os 75 anos e os 84, 98,8% não expressavam dor, 0,6% expressavam dor moderada e 0,6% expressou dor máxima na alta. Os indivíduos com idade  $\geq$  a 85 anos revelaram no momento da alta da UCCI de Vouzela sem dor com uma percentagem de 99% e dor moderada 1%.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a dor na alta e a idade dos indivíduos ( $p=0,853$ ).

Tabela 32 – Dor na alta em relação com idade

Dor alta	<=64 anos		65 – 74 anos		75 – 84		>=85 anos		Total		Residuais				X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	4		
Sem dor	38	100,0	43	97,7	161	98,8	104	99,0	346	98,9	0,3	-1,2	2,9	1,7	13,721	0,033
Dor moderada	-	0,0	1	2,3	1	0,6	1	1,0	3	0,9	-1,3	1,5	-0,4	-1,5		
Dor máxima	-	0,0	-	0,0	1	0,6	-	0,0	1	0,2	-0,8	1,2	-0,9	-0,7		
Total	38	100	44	100	163	100	105	100	350	100						

### Dor na admissão versus dor na alta

A análise dos resultados da tabela 33 mostra que a maioria dos utentes (97,1%) não manifestou dor na admissão, apenas 2,6% tinham dor moderada e 0,3% dor máxima. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação a estas variáveis, uma vez que  $p=0,000$ .

Tabela 33 – Dor na admissão em relação à dor na alta

A D M I S S Ã O	Dor	ALTA						Residuais			X <sup>2</sup>	p		
		Sem dor		Dor moderada		Dor máxima		Total	1	2			3	
		N	%	N	%	N	%							
	Sem dor	336	97,1	2	66,7	-	0,0	338	96,6	5,1	-2,9	-5,3	40,138	0,000
	Dor moderada	9	2,6	1	33,3	1	100,0	11	3,1	-5,4	3,0	5,6		
	Dor máxima	1	0,3	-	0,0	-	0,0	1	0,3	0,1	-0,1	-0,1		
	<b>Total</b>	<b>346</b>	<b>100,0</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>350</b>	<b>100</b>					

### Número de medicamentos na admissão

A tabela 34 contém dados que permitem referir que, no momento da admissão, houve um mínimo de 0 medicamentos prescritos e um máximo de 21 medicamentos distintos. A média na totalidade de medicamentos prescritos ronda os 6,88 medicamentos com um desvio padrão de 3,732, verificando-se a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Para os utentes do género masculino, verificou-se na entrada no mínimo 0 medicamentos prescritos e no máximo 15, com uma média de medicamentos de 6,91 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,205 com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,049$ ).

Para as utentes do género feminino, confirmou-se um mínimo de medicamentos um e um máximo de 21. A média de medicamentos para este sexo é 6,86 com um desvio padrão de 3,313 também com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 34 – Número de medicamentos na admissão

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Masculino</b>	0	15	6,91	3,205	46,38	-0,191	-1,256	0,049
<b>Feminino</b>	1	21	6,86	3,313	48,29	5,0	3,978	0,000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>6,88</b>	<b>3,732</b>	<b>47,52</b>	<b>4,007</b>	<b>2,526</b>	<b>0,000</b>

### Número de medicamentos na alta *versus* género

Pode dizer-se, com base nos dados obtidos e expostos na tabela 35, que dos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela, no momento da alta, a prescrição de no mínimo 0 medicamentos e no máximo 22 medicamentos. A média da totalidade de medicamentos prescritos ronda os 8,881 com um desvio padrão de 3,732, verificando-se a existência de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Para os utentes do género masculino, verificou-se um intervalo de 0 (mínimo) e 17 (máximo), com uma média de medicamentos por utente de 9,00 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,804 com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,045$ ).

Para as utentes do género feminino, confirmou-se um mínimo de 1 medicamento e um máximo de 22. A média é de 8 medicamentos por utente com um desvio padrão de 3,698 também com diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 35 – Número de medicamentos na alta em função do género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
<b>Masculino</b>	0	17	9,00	3,804	11,321	-0,392	-0,938	0,045
<b>Feminino</b>	1	22	8,00	3,698	42,1	3,883	1,784	0,000
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>8,881</b>	<b>3,732</b>	<b>42,36</b>	<b>2,746</b>	<b>0,653</b>	<b>0,000</b>

### Número de medicamentos prescritos *versus* género

Com a aplicação do test t para a relação entre o género e o número de medicamentos prescritos, conforme se pode observar na tabela 36, no momento da admissão existiu uma média de 6,91 medicamentos e desvio padrão 3,205 para o sexo masculino e 6,86 (média) e 3,313 (desvio padrão) para o sexo feminino. Não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,909$ ).

No momento da alta, no sexo masculino registou-se média de medicamentos por utente de 8,85 e 3,804 de desvio padrão. Para o sexo feminino apurou-se uma média de 8,78 e desvio padrão de 3,698. Tal como na admissão, não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,862$ ).

Tabela 36 – Teste t para a avaliação do número de medicamentos segundo o género

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	6,91	3,205	6,86	3,313	0,794	0,114	0,909
Alta	8,85	3,804	8,78	3,698	0,582	0,174	0,862

### Medicação na admissão *versus* idade

Como se pode constatar nos resultados expostos na tabela 37, referente ao momento da admissão do utente, 4% dos utentes tem prescrição de no máximo 1 medicamento, 19,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 76,9% tem 5 ou mais medicamentos prescritos. Nos indivíduos com idade inferior aos 64anos, 10,4% têm prescrição de um ou nenhum medicamento, 21,1% tem entre 2 e 4 medicamentos prescritos e 68,9% mais do que 5 medicamentos. Nos indivíduos cuja idade se situa entre os 65 e os 74 anos 9,1% tem 2 a 4 medicamentos e 90,9% tem prescrição de mais de 5 medicamentos. Para aqueles com idade  $\geq$  a 75 anos e  $\leq$  a 84 anos, 1,8% utiliza no máximo 1 medicamento, 19,6% entre 2 a 4 medicamentos e 78,5% mais de 5 medicamentos. Finalmente, para aqueles cuja idade ultrapassa os 85 anos, 6,7% usa um ou zero medicamentos, 21,9% 2 a 4 medicamentos e 71,5% mais do que 5.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos e a idade dos indivíduos ( $p=0,026$ ).

Tabela 37 – Medicação na admissão em função da idade

Número de medicamentos	<=64 anos		65 – 74 anos		75 - 84		>=85 anos		Total		Residuais				X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	4		
<=1 medicamentos	4	10,4	-	0,0	3	1,8	7	6,7	14	4,0	2,2	-1,4	-1,9	1,7	14,351	0,026
2-4 medicamentos	8	21,1	4	9,1	32	19,6	23	21,9	67	19,1	0,3	-1,8	0,2	0,9		
>= 5 medicamento	26	68,4	40	90,9	128	78,5	75	71,5	269	76,9	-1,3	2,4	0,7	-1,6		
Total	38	100	44	100	163	100	105	100	350	100						

### Medicação na alta *versus* idade

Como se pode constatar, através da análise dos resultados da tabela 38, referente ao momento da alta do utente, 1,4% dos utentes tem prescrição de no máximo 1 medicamento, 11,4% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 87,2% tem 5 ou mais medicamentos prescritos. Nos indivíduos com idade inferior aos 64 anos, 2,6% têm prescrição de um ou nenhum medicamento, 18,5% tem entre 2 e 4 medicamentos prescritos e 78,9% mais do que 5 medicamentos. Nos indivíduos cuja idade se situa

entre os 65 e os 74 anos 9,1% tem 2 a 4 medicamentos e 90,9% tem prescrição de mais de 5 medicamentos. Para aqueles com idade  $\geq$  a 75 anos e  $\leq$  a 84 anos, 0,6% utiliza no máximo 1 medicamento, 9,2% entre 2 a 4 medicamentos e 90,2% mais de 5 medicamentos. Finalmente, para aqueles cuja idade ultrapassa os 85 anos, 2,9% usa um ou zero medicamentos, 13,3% 2 a 4 medicamentos e 83,8% mais do que 5.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos e a idade dos indivíduos ( $p=0,338$ ).

Tabela 38 – Medicação na alta em função da idade

Número de medicamentos	<=64 anos		65 – 74 anos		75 - 84		>=85 anos		Total		Residuais				X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	4		
<=1 medicamentos	1	2,6	-	0,0	1	0,6	3	2,9	5	1,4	0,7	-0,9	-1,2	1,5	6,819	0,338
2-4 medicamentos	7	18,5	4	9,1	15	9,2	14	13,3	40	11,4	1,4	-0,5	-1,2	0,7		
>= 5 medicamento	30	78,9	40	90,9	147	90,2	88	83,8	305	87,2	-1,6	0,8	1,6	-1,2		
Total	38	100	44	100	163	100	105	100	350	100						

### Medicação na admissão *versus* género

Como se pode constatar, através dos dados expostos na tabela 39, referente ao momento da admissão do utente, 4% dos utentes tem prescrição de no máximo 1 medicamento, 19,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 76,9% tem 5 ou mais medicamentos prescritos. Nos utentes do género masculino, 6,2% têm prescrição de no máximo 1 medicamento, 14,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 79,7% de mais de 5 medicamentos. Nas utentes do género feminino 2,7% têm prescrição de no máximo 1 medicamento, 22,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 75,2% de mais de 5 medicamentos

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos na admissão e o género ( $p=0,064$ ).

Tabela 39 – Medicação na admissão em função do género

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=1 medicamentos	8	6,2	6	2,7	14	4,0	1,6	-1,6	5,485	0,064
2-4 medicamentos	18	14,1	49	22,1	67	19,1	-1,8	1,8		
>= 5 medicamentos	192	79,7	167	75,2	269	76,9	1,0	-1,0		
Total	128	100,0	222	100,0	350	100,0				

### Medicação na alta *versus* género

Como se pode constatar, com base nos dados expostos na tabela 40, relativa ao momento da alta do utente, 1,4% dos utentes tem prescrição de no máximo 1 medicamento, 11,4% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 87,1% tem 5 ou mais medicamentos prescritos. Nos utentes do género masculino, 3,1% têm prescrição de

no máximo 1 medicamento, 10,9% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 85,9% de mais de 5 medicamentos. Nas utentes do género feminino, 0,5% têm prescrição de no máximo 1 medicamento, 11,4% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 87,8% de mais de 5 medicamentos

Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos na admissão e o género ( $p=0,126$ ).

Tabela 40 – Medicação na alta em função do género

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=1 medicamentos	4	3,1	1	0,5	5	1,4	2,0	-2,0	4,142	0,126
2-4 medicamentos	14	10,9	26	11,7	40	11,4	-0,2	0,2		
>= 5 medicamento	110	85,9	195	87,8	305	87,1	-0,5	0,5		
Total	128	100	222	100	350	100				

### Número de medicamentos na admissão *versus* número de medicamentos na alta

Constatou-se que dos 14 utentes que tomavam <= 1 medicamentos quando a admissão, na alta eram somente 4 utentes a fazer  $\leq 1$  medicamento, seis utentes passaram a consumir 2 a 4 medicamentos na alta e os restantes 4 utentes quando a alta aumentaram para 5 ou mais medicamentos. Dos 67 utentes que no momento da admissão consumiam 2 a 4 medicamentos, 30 destes utentes mantiveram o mesmo número e 37 aumentaram para um consumo de 5 ou mais medicamentos. Na admissão havia 269 utentes a tomarem 5 ou mais medicamentos, destes quando a alta 1 utente ficou exclusivamente só com  $\leq 1$  medicamentos, 4 utentes reduziram também para 2 a 4 medicamentos e 264 utentes mantiveram a mesma toma, 5 ou mais medicamentos.

Verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas, pois  $p=0,000$ .

Tabela 41 – Número de medicamentos na admissão em relação ao número de medicamentos na alta

A d m i s s ã o		Alta						Total	Residuais			$\chi^2$	P	
		$\leq 1$ medicamentos		2-4 medicamentos		$\geq 5$ medicamento			1	2	3			
		N	%	N	%	N	%	N				%		
	<=1 medicamentos	4	80,0	6	15,0	4	1,3	14	4,0	8,7	3,8	-6,7	192,89	0,000
	2-4 medicamentos	-	0,0	30	75,0	37	12,1	67	19,1	-1,1	9,5	-8,7		
	>= 5 medicamento	1	20,0	4	10,0	264	86,6	269	76,9	-3,0	-10,7	11,2		
	Total	5	100	40	100	305	100	350	100					

## 4.2 - Análise Inferencial

Neste subcapítulo apresenta-se a análise inferencial, de modo a verificar-se a aceitação ou rejeição das questões de investigação levantadas inicialmente. Começa-se por apresentar os resultados do índice de Katz, seguindo-se os relativos à Escala de Lawton e, por último, os referentes à Escala de Braden.

**Resultados do índice de Katz**

No que se refere ao grau de autonomia na admissão para tomar banho em relação ao género, pode dizer-se que a maioria dos utentes necessita de assistência para tomar banho, ou seja, obteve-se 37% dos utentes do sexo masculino com esta necessidade e 63% das utentes do sexo feminino. Contudo, não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,280$ ).

Tabela 42 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para tomar banho em relação ao género

Autonomia para tomar banho	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	-	0,0	126	37,0	126	36,7	-1,1	1,1	1,168	0,280
Feminino	2	100,0	215	63,0	217	63,3	1,1	-1,1		
Total	2	100	341	100	343	100				

No que concerne ao grau de autonomia na admissão para se vestir, verificou-se que a grande maioria dos utentes tinha a necessidade de ter assistência para esta atividade, pois 37,2% dos utentes do sexo masculino revelava essa necessidade e 62,8% das utentes do sexo feminino também. Não há registo de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,125$ ).

Tabela 43 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para vestir em relação ao género

Autonomia para vestir	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	-	0,0	126	37,2	126	36,7	-1,5	1,5	2,350	0,125
Feminino	4	100,0	213	62,8	217	63,3	1,5	-1,5		
Total	4	100	339	100	343	100				

Verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra necessitavam de assistência, no momento de admissão, para realizar a sua higiene, atendendo aos valores percentuais apurados: 36,7% para os utentes do sexo masculino e 63,3% para as utentes do sexo feminino. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,895$ ).

Tabela 44 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a higiene em relação ao género

Autonomia para a higiene	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	5	38,5	121	36,7	126	36,7	0,1	-0,1	0,017	0,895
Feminino	8	61,5	209	63,3	217	63,3	-0,1	0,1		
Total	13	100	330	100	343	100				

Quanto ao grau de avaliação de autonomia na admissão para a deslocação, constatou-se que a maioria dos utentes do sexo masculino (36,4%) tinham a necessidade de assistência, o mesmo se passou com as utentes, perfazendo 63,6%. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,617$ ).

Tabela 45 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a deslocação em relação ao género

Autonomia para a deslocação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	8	42,1	118	36,4	126	36,7	0,5	-0,5	0,250	0,617
Feminino	11	57,9	206	63,6	217	63,3	-0,5	0,5		
Total	19	100	324	100	343	100				

Verificou-se que há um predomínio de utentes com incontinência na admissão, ou seja, 36% dos homens tinham-na e 63,3% das mulheres também. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,421$ ).

Tabela 46 – Avaliação do grau de continência na admissão em relação ao género

Autonomia para grau de continência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	17	42,5	109	36,0	126	36,7	0,8	-0,8	0,648	0,421
Feminino	23	57,5	194	64,0	217	63,3	-0,8	0,8		
Total	40	100	303	100	343	100				

Quanto ao grau de autonomia na admissão para a alimentação, verificou-se que a maioria dos utentes precisavam de assistência para esta atividade, destacando-

se 36,8% dos homens e 63,2% das mulheres. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,868$ ).

Tabela 47 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a alimentação em relação ao género

Autonomia para a alimentação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	7	35,0	119	36,8	126	36,7	-0,2	0,2	0,027	0,868
Feminino	13	65,0	204	63,2	217	63,3	0,2	-0,2		
Total	20	100	323	100	343	100				

Já no que se refere ao grau de autonomia na alta para tomar banho, constatou-se que a maioria dos utentes não a tinha, pois 37,2% dos homens necessitavam de assistência e 62,8% das mulheres também. Não se apurou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,184$ ).

Tabela 48 – Avaliação do grau de autonomia na alta para tomar banho em relação ao género

Autonomia para tomar banho	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	-	0,0	126	37,2	126	36,8	-1,3	1,3	1,765	0,184
Feminino	3	100,0	213	62,8	216	63,2	1,3	-1,3		
Total	3	100	339	100	342	100				

Apurou-se que a maioria dos utentes não tinha autonomia para se vestir no momento da alta, pois 37,2% dos homens necessitava de assistência e 62,8% das mulheres igualmente. Não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,301$ ).

Tabela 49 – Avaliação do grau de autonomia na alta para vestir em relação ao género

Autonomia para vestir	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	1	16,7	125	37,2	126	36,8	-1,0	1,0	1,068	0,301
Feminino	5	83,3	211	62,8	216	63,2	1,0	-1,0		
Total	6	100	336	100	342	100				

Os dados analisados demonstram que se continua a verificar pouca autonomia por parte dos utentes no momento da alta, agora no que se refere à higiene. Assim, 36,7% dos homens necessitava de assistência e 63,3% das mulheres também. Contudo, não se registaram diferenças estaticamente significativas ( $p=0,853$ ).

Tabela 50 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a higiene em relação ao género

Autonomia para a higiene	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	7	38,9	119	36,7	126	36,8	0,2	-0,2	0,034	0,853
Feminino	11	61,1	205	63,3	216	63,2	-0,2	0,20		
Total	18	100	324	100	342	100				

Constatou-se que a maioria dos utentes não revelava autonomia para a deslocação, tendo-se observado que 36,1% dos homens precisavam de assistência e o mesmo em relação a 63,9% das mulheres. Contudo, não há diferenças estaticamente significativas (p=0,306).

Tabela 51 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a deslocação em relação ao género

Autonomia para a deslocação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	12	46,2	114	36,1	126	36,8	1,0	-1,0	1,049	0,306
Feminino	14	53,8	202	63,9	216	63,2	-1,0	1,0		
Total	26	100	316	100	342	100				

Apurou-se que a maioria dos utentes manifestava incontinência no momento da alta, pois 36,4% dos homens manifestavam-na e 63,2% das mulheres também. Não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,659).

Tabela 52 – Avaliação do grau de continência na alta em relação ao género

Autonomia para grau de continência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	16	40,0	110	36,4	126	36,8	0,4	-0,4	0,194	0,659
Feminino	24	60,0	192	63,6	216	63,2	-0,4	0,4		
Total	40	100	302	100	342	100				

No momento da alta, observou-se que a maioria dos utentes necessitava de assistência para se alimentar, resultando em 36,3% dos homens e 63,7% das mulheres nesta situação. Não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,441).

Tabela 53 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a alimentação em relação ao género

Autonomia para a alimentação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	12	44,0	115	36,3	127	36,8	0,8	-0,8	0,594	0,441
Feminino	14	56,0	202	63,7	216	63,2	-0,8	0,8		
Total	25	100	317	100	343	100				

No que concerne à variável idade em função do grau de autonomia na admissão dos utentes para tomarem banho, verificou-se que, em todas as faixas etárias, houve a necessidade de assistência, com predomínio para os utentes entre os 75 e os 84 anos (46,9%), seguindo-se os que se encontravam na faixa etária igual ou superior a 85 anos. Não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,381$ ).

Tabela 54 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para tomar banho

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	-	0,0	36	10,6	36	10,6	-0,5	0,5	3,071	0,381
65 – 74 anos	1	50,0	42	12,3	43	12,5	1,6	-1,6		
75 – 84 anos	1	50,0	160	46,9	161	46,9	0,1	-0,1		
>=85 anos	-	0,0	103	30,2	103	30,0	-0,9	0,9		
Total	2	100	341	100	343	100				

Apurou-se que em todas as faixas etárias houve a necessidade de assistência para que os utentes pudessem vestir-se no momento da sua admissão na Unidade, com predomínio dos idosos com idades entre os 75 e os 84 anos (46,9%), seguindo-se os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (30,1%). Não se registram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,809$ ).

Tabela 55 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se vestir

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	-	0,0	36	10,6	36	10,6	-0,7	0,7	0,968	0,809
65 – 74 anos	1	25,0	42	12,4	43	12,5	0,8	-0,8		
75 – 84 anos	2	50,0	159	46,9	161	46,9	0,1	-0,1		
>=85 anos	1	25,0	102	30,1	103	30,0	-0,2	0,2		
Total	4	100	339	100	343	100				

Apurou-se que em todas as faixas etárias os utentes não revelavam autonomia para tratar da sua higiene, no momento da admissão, predominando essencialmente os

idosos com idades entre os 75 e os 84 anos (47,6%) e os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (30,9%). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,003$ ).

Tabela 56 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a higiene

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	5	38,5	31	9,4	36	10,6	3,4	-3,4	14,264	0,003
65 – 74 anos	3	23,1	40	12,1	43	12,5	1,2	-1,2		
75 – 84 anos	4	30,8	157	47,6	161	46,9	-1,2	1,2		
>=85 anos	1	7,6	102	30,9	103	30,0	-1,8	1,8		
Total	13	100	330	100	343	100				

Verificou-se que nos grupos etários instituídos prevaleceram os utentes que não tinham autonomia para se deslocar no momento da admissão, com predomínio dos que se situavam na faixa etária dos 75 anos aos 84 anos (47,2%) e os que possuíam idade igual ou superior aos 85 anos (30,9%). Não há diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,093$ ).

Tabela 57 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se deslocar

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	5	26,3	31	9,6	36	10,6	2,3	-2,3	6,424	0,093
65 – 74 anos	3	15,8	40	12,3	43	12,5	0,4	-0,4		
75 – 84 anos	8	42,1	153	47,2	161	46,9	-0,4	0,4		
>=85 anos	3	15,8	103	30,9	103	30,0	-1,4	1,4		
Total	19	100	324	100	343	100				

Registou-se que, na admissão, foram os utentes com idades compreendidas entre os 75 aos 84 anos que mais apresentavam incontinência (48,8%), seguindo-se os da faixa etária dos 85 anos ou idade superior (32%). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 58 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a continência

Idade	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	15	37,5	21	6,9	36	10,6	5,9	-5,9	37,097	0,000
65 – 74 anos	6	15,0	37	12,3	43	12,5	0,5	-0,5		
75 – 84 anos	13	32,5	148	48,8	161	46,9	-1,9	1,9		
>=85 anos	6	15,0	97	32,0	103	30,0	-2,2	2,2		
Total	40	100	303	100	343	100				

No momento da admissão, verificou-se que sobressaíram os utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos a necessitar de assistência para se alimentar (47,4%), seguindo-se os que tinham 85 anos ou idades superiores (31,3%). Registaram-se diferenças estaticamente significativas ( $p=0,0087$ ).

Tabela 59 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a alimentação

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	6	30,0	30	9,2	36	10,6	2,9	-2,9	11,697	0,008
65 – 74 anos	4	20,0	39	12,1	43	12,5	1,0	-1,0		
75 – 84 anos	8	40,0	153	47,4	161	46,9	-0,6	0,6		
>=85 anos	2	10,0	101	31,3	103	30,0	-0,2	0,2		
Total	20	100	323	100	343	100				

Constatou-se que, no momento da alta, sobressaíram os utentes com necessidade de assistência para tomar banho, especialmente os utentes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (47,2%), seguindo-se os que tinham 85 anos ou idade superior (30,1%). Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,313$ ).

Tabela 60 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para tomar banho

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	1	33,3	35	10,3	36	10,5	1,3	-1,3	3,557	0,313
65 – 74 anos	1	33,3	42	12,4	43	12,6	1,1	-1,1		
75 – 84 anos	1	33,3	160	47,2	161	47,1	-0,5	0,5		
>=85 anos	-	0,0	102	30,1	102	29,8	-1,1	1,1		
Total	3	100	339	100	342	100				

Apurou-se que, na alta, a maioria dos utentes necessitavam de assistência para se vestir, destacando-se os utentes com idades entre os 75 anos e os 84 anos (47%) e os que possuíam 85 anos ou idade superior a tal (30,1%). Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,881$ ).

Tabela 61 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se vestir

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	1	16,6	35	10,4	36	10,5	0,5	-0,5	0,666	0,881
65 – 74 anos	1	16,7	42	12,5	43	12,6	0,3	-0,3		
75 – 84 anos	3	50,0	158	47,0	161	47,1	0,1	-0,1		
>=85 anos	1	16,7	101	30,1	102	29,8	-0,7	0,7		
Total	6	100	336	100	342	100				

Uma vez mais se apurou que em todas as faixas etárias há o predomínio de utentes sem autonomia para a higiene, no momento da alta, sobressaindo os que tinham idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (47,8%) e os que possuíam 85 anos ou idade superior (31,2%). Apurou-se a existência de valores altamente significativos ( $p=0,000$ ).

Tabela 62 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a higiene

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	8	44,4	28	8,7	36	10,5	4,8	-4,8	25,533	0,000
65 – 74 anos	3	16,7	40	12,3	43	12,6	0,5	-0,5		
75 – 84 anos	6	33,3	155	47,8	161	47,1	-1,2	1,2		
>=85 anos	1	5,6	101	31,2	102	29,8	-2,3	2,3		
Total	18	100	324	100	342	100				

Quanto à relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se deslocar, apurou-se que há a predominância de utentes na faixa etária dos 75 anos aos 84 anos (48,4%), seguindo-se os que tinham 85 anos ou idade superior (31%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 63 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se deslocar

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	10	38,4	26	8,3	36	10,5	4,8	-4,8	24,595	0,000
65 – 74 anos	4	15,4	39	12,3	43	12,6	0,4	-0,4		
75 – 84 anos	8	30,8	153	48,4	161	47,1	-1,7	1,7		
>=85 anos	4	15,4	98	31,0	102	29,8	-1,7	1,7		
Total	26	100	316	100	342	100				

Na relação entre a idade e o grau de autonomia manifestado pelos utentes na alta em relação à incontinência, apurou-se que eram os utentes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (48,7%) que mais revelavam incontinência, seguidos dos que possuíam 85 anos ou idade superior a tal (32,1%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 64 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a continência

Idade	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	15	37,5	21	7,0	36	10,5	5,9	-5,9	37,484	0,000
65 – 74 anos	6	15,0	37	12,2	43	12,6	0,5	-0,5		
75 – 84 anos	14	35,0	147	48,7	161	47,1	-1,6	1,6		
>=85 anos	5	12,5	97	32,1	102	29,8	-2,5	2,5		
Total	40	100	302	100	342	100				

Verificou-se que, em relação à idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação, sobressaíram os utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (48,3%), os quais necessitavam de assistência, o mesmo se passou com os utentes com 85 anos ou idade superior (30,6%). Registaram-se diferenças estaticamente significativas, pois  $p=0,011$ .

Tabela 65 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<= 64 anos	7	28,0	29	9,1	36	10,5	3,0	-3,0	11,182	0,011
65 – 74 anos	5	20,0	38	12,0	43	12,6	1,2	-1,2		
75 – 84 anos	8	32,0	153	48,3	161	47,1	-1,6	1,6		
>=85 anos	5	20,0	97	30,6	102	29,8	-1,1	1,1		
Total	25	100	317	100	342	100				

Quanto à relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para tomar banho, constatou-se que há um predomínio de utentes, com idades entre os 89 a 182 dias, a necessitar de assistência (30,8%), seguindo-se os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25%), estando-lhe muito próximos os utentes com menos de 54 dias ou período igual de permanência (24%). Há registo de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,043$ ).

Tabela 66 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para tomar banho

Dias de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	-	0,0	82	24,0	82	23,9	-0,8	0,8	8,136	0,043
55 – 88 dias	2	100,0	66	19,4	68	19,8	2,9	-2,9		
89 – 182 dias	-	0,0	105	30,8	105	30,6	-0,9	0,9		
>= 183 dias	-	0,0	88	25,8	88	25,7	-0,8	0,8		
Total	2	100,0	341	100	343	100				

Apurou-se que os utentes com 89 a 182 dias de permanência foram os que revelaram necessitar de assistência para se vestir, na admissão, perfazendo o valor percentual mais elevado (31%), seguindo-se os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,7%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,2%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,038$ ).

Tabela 67 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para se vestir

Dias de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	-	0,0	82	24,2	82	23,9	-1,1	1,1	8,422	0,038
55 – 88 dias	3	75,0	65	19,1	68	19,8	2,8	-2,8		
89 – 182 dias	-	0,0	105	31,0	105	30,6	-1,3	1,3		
>= 183 dias	1	25,0	87	25,7	88	25,7	0,0	0,0		
Total	4	100	339	100	343	100				

Observou-se que a maioria dos utentes que necessitavam de assistência para realizar a sua higiene, na admissão, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,6%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,8%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,8%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,046$ ).

Tabela 68 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a higiene

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	-	0,0	82	24,8	82	23,9	-2,1	2,1	7,990	0,046
55 – 88 dias	6	46,1	62	18,8	68	19,8	2,4	-2,4		
89 – 182 dias	4	30,8	101	30,6	105	30,6	0,0	0,0		
>= 183 dias	3	23,1	85	25,8	88	25,7	-0,2	0,2		
Total	13	100	330	100	343	100				

Observou-se que a maioria dos utentes que necessitavam de assistência para se deslocar, na admissão, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,9%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,9%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,7%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,078$ ).

Tabela 69 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a deslocação

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	2	10,5	80	24,7	82	23,9	-1,4	1,4	6,830	0,078
55 – 88 dias	8	42,1	60	18,5	68	19,8	2,5	-2,5		
89 – 182 dias	5	26,3	100	30,9	105	30,6	-0,4	0,4		
>= 183 dias	4	21,1	84	25,9	88	25,7	-0,5	0,5		
Total	19	100	324	100	343	100				

Apurou-se que a maioria dos utentes que tinham incontinência, na admissão, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (29,7%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (26,7%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (25,1%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,125$ ).

Tabela 70 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a continência

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	6	15,0	76	25,1	82	23,9	-1,4	1,4	5,743	0,125
55 – 88 dias	12	30,0	56	18,5	68	19,8	1,7	-1,7		
89 – 182 dias	15	37,5	90	29,7	105	30,6	1,0	-1,0		
>= 183 dias	7	17,5	81	26,7	88	25,7	-1,3	1,3		
Total	40	100	303	100	343	100				

Registou-se que a maioria dos utentes que não tinham autonomia, ou seja, necessitavam de assistência para se alimentar, na admissão, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (31,0%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,1%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,5%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,125$ ).

Tabela 71 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a alimentação

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	3	15,0	79	24,5	82	23,9	-1,0	1,0	1,933	0,586
55 – 88 dias	5	25,0	63	19,4	68	19,8	0,6	-0,6		
89 – 182 dias	5	25,0	100	31,0	105	30,6	-0,6	0,6		
>= 183 dias	7	35,0	81	25,1	88	25,7	1,0	-1,0		
Total	20	100	323	100	343	100				

Constatou-se que a maioria dos utentes que não tinham autonomia, ou seja, necessitavam de assistência para tomar banho, na alta, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (31,0%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (26%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (23,9%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,155$ ).

Tabela 72 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para o banho

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	1	33,3	81	23,9	82	24,0	0,4	-0,4	5,242	0,155
55 – 88 dias	2	66,7	65	19,1	67	19,6	2,1	-2,1		
89 – 182 dias	-	0,0	105	31,0	105	30,7	-1,2	1,2		
>= 183 dias	-	0,0	88	26,0	88	25,7	-1,0	1,0		
Total	3	100	339	100	342	100				

Constatou-se que a maioria dos utentes que não tinham autonomia, ou seja, necessitavam de assistência para se vestir, na alta, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (31%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,6%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,4%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,181$ ).

Tabela 73 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se vestir

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	-	0,0	82	24,4	82	24,0	-1,4	1,4	4,876	0,181
55 – 88 dias	3	50,0	64	19,0	67	19,6	1,9	-1,9		
89 – 182 dias	1	16,7	104	31,0	105	30,7	-0,8	0,8		
>= 183 dias	2	33,3	86	25,6	88	25,7	0,4	-0,4		
Total	6	100	336	100	342	100				

Apurou-se que a maioria dos utentes que não tinham autonomia, ou seja, necessitavam de assistência para realizar a sua higiene, na alta, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,6%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,9%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (25%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,092$ ).

Tabela 74 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a higiene

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	1	5,6	81	25,0	82	24,0	-1,9	1,9	6,435	0,092
55 – 88 dias	7	38,9	60	18,5	67	19,6	2,1	-2,1		
89 – 182 dias	6	33,3	99	30,6	105	30,7	0,2	-0,2		
>= 183 dias	4	22,2	84	25,9	88	25,7	-0,3	0,3		
Total	18	100	324	100	342	100				

Apurou-se que a maioria dos utentes que não tinham autonomia, ou seja, necessitavam de assistência para se deslocar, na alta, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,1%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (26,3%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (25%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,201$ ).

Tabela 75 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se deslocar

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	3	11,5	79	25,0	82	24,0	-1,5	1,5	4,625	0,201
55 – 88 dias	8	30,8	59	18,7	67	19,6	1,5	-1,5		
89 – 182 dias	10	38,5	95	30,1	105	30,7	0,9	-0,9		
>= 183 dias	5	19,2	83	26,3	88	25,7	-0,8	0,8		
Total	26	100	316	100	342	100				

Verificou-se que a maioria dos utentes que tinham incontinência, na alta, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,1%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (26,2%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (25,5%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,142$ ).

Tabela 76 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a continência

Tempo de permanência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	5	12,5	77	25,5	82	24,0	-1,8	1,8	5,450	0,142
55 – 88 dias	12	30,0	55	18,2	67	19,6	1,8	-1,8		
89 – 182 dias	14	35,0	91	30,1	105	30,7	0,6	-0,6		
>= 183 dias	9	22,5	79	26,2	88	25,7	-0,5	0,5		
Total	40	100	302	100	342	100				

Os dados apurados mostram que a maioria dos utentes necessitados de assistência para a alimentação, logo, sem autonomia, na alta, foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,3%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,2%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,9%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,517).

Tabela 77 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=54 dias	3	12,0	79	24,9	82	24,0	-1,5	1,5	2,274	0,517
55 – 88 dias	5	20,0	62	19,6	67	19,6	0,1	-0,1		
89 – 182 dias	9	36,0	96	30,3	105	30,7	0,6	-0,6		
>= 183 dias	8	32,0	80	25,2	88	25,7	0,7	-0,7		
Total	25	100	317	100	342	100				

A análise dos dados apurados mostra que quer os utentes sem acompanhamento (60,1%), quer com acompanhamento (39,9%) os que revelaram falta de autonomia para tomar banho na admissão. Contudo, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,205).

Tabela 78 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para tomar banho

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	2	100,0	205	60,1	207	60,3	1,1	-1,1	1,322	0,250
Com companheiro	-	0,0	136	39,9	136	39,7	-1,1	1,1		
Total	2	100	341	100	343	100				

Os resultados demonstram que quer os utentes sem acompanhamento (60,2%), quer com acompanhamento (39,8%) revelaram falta de autonomia para se vestir, na admissão. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,547).

Tabela 79 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se vestir

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	3	75,0	204	60,2	207	60,3	0,6	-0,6	0,363	0,547
Com companheiro	1	25,0	135	39,8	136	39,7	-0,6	0,6		
Total	4	100	339	100	343	100				

Apurou-se que quer os utentes sem acompanhamento (60,3%), quer com acompanhamento (40,6%) revelaram, maioritariamente, falta de autonomia para realizar a sua higiene, na admissão. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,068$ ).

Tabela 80 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a higiene

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	11	84,6	196	59,4	207	60,3	1,8	-1,8	3,325	0,068
Com companheiro	2	15,4	134	40,6	136	39,7	-1,8	1,8		
Total	13	100	330	100	343	100				

Verificou-se que quer os utentes sem acompanhamento (59,6%), quer com acompanhamento (40,4%) revelaram, maioritariamente, falta de autonomia para se deslocar, na admissão. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,222$ ).

Tabela 81 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se deslocar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	14	73,7	193	59,6	207	60,3	1,2	-1,2	1,495	0,222
Com companheiro	5	26,3	131	40,4	136	39,7	-1,2	1,2		
Total	19	100	324	100	343	100				

Registou-se que, na globalidade, os utentes sem acompanhamento (58,7%) e os com acompanhamento (41,3%) revelaram incontinência, na admissão. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,095$ ).

Tabela 82 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a continência

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	29	72,5	178	58,7	207	60,3	1,7	-1,7	2,794	0,095
Com companheiro	11	27,5	125	41,3	136	39,7	-1,7	1,7		
Total	40	100	303	100	343	100				

A análise dos dados apurados mostrou que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes sem autonomia para se alimentar na admissão, ou seja, 58,8% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 41,2% dos utentes com companheiro. Há diferenças estaticamente significativas (p=0,020).

Tabela 83 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a se alimentar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	17	85,0	190	58,8	207	60,3	2,3	-2,3	5,393	0,020
Com companheiro	3	15,0	133	41,2	136	39,7	-2,3	2,3		
Total	20	100	323	100	343	100				

Os dados apurados revelaram que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes sem autonomia para tomar banho, na alta, ou seja, 59,9% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 40,1% dos utentes com companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas (p=0,157).

Tabela 84 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para tomar banho

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	3	100,0	203	59,9	206	60,2	1,4	-1,4	1,998	0,157
Com companheiro	-	0,0	136	40,1	136	39,8	-1,4	1,4		
Total	3	100	339	100	342	100				

Apurou-se que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes sem autonomia para se vestir, na alta, ou seja, 60,4% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 39,6% dos utentes com companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas (p=0,605).

Tabela 85 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se vestir

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	3	50,0	203	60,4	206	60,2	-0,5	0,5	0,267	0,605
Com companheiro	3	50,0	133	39,6	136	39,8	0,5	-0,5		
Total	6	100	336	100	342	100				

Verificou-se que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes sem autonomia para realizar a sua higiene, na alta, ou seja, 60,2% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 39,8% dos utentes com companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,605$ ).

Tabela 86 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a higiene

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	12	66,7	194	59,9	206	60,2	0,6	-0,6	0,328	0,567
Com companheiro	6	33,3	130	40,1	136	39,8	-0,6	0,6		
Total	18	100,0	324	100	342	100				

Os dados analisados demonstram que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes sem autonomia para se deslocar, na alta, ou seja, 59,8% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 40,2% dos utentes com companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,577$ ).

Tabela 87 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se deslocar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	17	65,4	189	59,8	206	60,2	0,6	-0,6	0,312	0,577
Com companheiro	9	34,6	127	40,2	136	39,8	-0,6	0,6		
Total	26	100	316	100	342	100				

Os dados apurados evidenciam que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve a preponderância de utentes com incontinência, na alta, isto é, 57,9% dos utentes sem companheiro revelaram incontinência e 42,1% dos utentes com companheiro. Verificou-se que há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,018$ ).

Tabela 88 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a continência

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	31	77,5	175	57,9	206	60,2	2,4	-2,4	5,638	0,018
Com companheiro	9	22,5	127	42,1	136	39,8	-2,4	2,4		
Total	40	100	302	100	342	100				

Os resultados atestam que, em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes sem autonomia para se alimentar, na alta, ou seja, 59% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 41% dos utentes com companheiro também. Não há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,094$ ).

Tabela 89 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se alimentar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	19	76,0	187	59,0	206	60,2	1,7	-1,7	2,799	0,094
Com companheiro	6	24,0	130	41,0	136	39,8	-1,7	1,7		
Total	25	100	317	100	342	100				

Os resultados apurados demonstram que na admissão o total da escala de Katz obteve uma média de 5,71, sendo esta superior à obtida no momento da alta. Assim, resultou em diferenças estaticamente significativas para ambas as situações ( $p=0,000$ , respetivamente).

Tabela 90 – Avaliação total da escala de Katz na admissão e alta

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Admissão	0,00	6,00	5,71	0,81755	0,143	-29,03	64,68	0,000
Alta	0	6	5,66	0,955	0,168	-25,71	46,03	0,000

Constatou-se que as médias obtidas foram muito próximas quer para os utentes do género masculino (5,70), quer para os do género feminino (5,71), no que se refere ao total da escala *versus* género, na admissão. Assim, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,891$ ).

Tabela 91 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de katz na admissão e o género

Género	Média Dp		Leven,s	t	p
	Média	Dp	P		
<b>Masculino</b>	5,70	0,70504	0,853	-0,137	0,891
<b>Feminino</b>	5,71	0,87626			

Verificou-se que as médias obtidas foram muito próximas quer para os utentes do género masculino (5,63), quer para os do género feminino (5,68), no que se refere ao total da escala *versus* género, na alta. Assim, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,648$ ).

Tabela 92 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de katz na alta e o género

Género	Média Dp		Leven,s	t	p
	Média	Dp	P		
<b>Masculino</b>	5,63	0,919	0,642	-0,457	0,648
<b>Feminino</b>	5,68	0,977			

Os resultados apurados demonstraram que a maioria dos utentes, na admissão, revelaram incapacidade severa, quer o sexo masculino (36,7%), quer o sexo feminino (63,3%), com predomínio deste grupo. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,309$ ).

Tabela 93 – Total da escala de Katz na admissão em relação com o género

Género	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Masculino	-	0,0	4	50,0	122	36,7	126	36,7	-1,3	0,8	0,0	2,348	0,309
Feminino	3	100,0	4	50,0	210	63,3	217	63,3	1,3	-0,8	0,0		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

A análise dos resultados apurados atestaram que a maioria dos utentes, na alta, patentearam incapacidade severa, quer o sexo masculino (36,7%), quer o sexo feminino (63,3%), com predomínio deste grupo. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,309$ ).

Tabela 94 – Total da escala de Katz na alta em relação com o género

Género	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Masculino	-	0,0	4	50,0	122	36,7	126	36,7	-1,3	0,8	0,0	2,348	0,309
Feminino	3	100,0	4	50,0	210	63,3	217	63,3	1,3	-0,8	0,0		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Verificou-se, através dos dados apurados, que a maioria dos utentes, na admissão, em todas as faixas etárias constituídas, patenteou incapacidade severa, sobressaindo os utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (47,9%) e os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (30,7%). Como tal, verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 95 – Total da escala de Katz na admissão em relação à idade

Idade	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
<= 64 anos	-	0,0	6	75,0	30	9,0	36	10,5	-0,6	0,6	-4,8	38,418	0,000
65 – 74 anos	1	33,3	1	12,5	41	12,4	43	12,5	1,1	0,0	-0,6		
75 – 84 anos	1	33,3	1	12,5	159	47,9	161	46,9	-0,5	-0,2	1,9		
>=85 anos	1	33,3	-	0,0	102	30,7	103	30,1	0,1	-1,9	1,5		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Constatou-se que a maioria dos utentes, na alta, em todas as faixas etárias constituídas, patenteou incapacidade severa, sobressaindo os utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (48,5%) e os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (31%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Tabela 96 – Total da escala de Katz na alta em relação à idade

Género	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
<= 64 anos	1	20,0	7	63,6	28	8,5	36	10,5	0,7	5,8	-5,3	40,418	0,000
65 – 74 anos	1	20,0	3	28,3	39	12,0	43	12,6	0,5	1,5	-1,5		
75 – 84 anos	2	40,0	1	9,1	158	48,5	161	47,1	-0,3	-2,6	2,3		
>=85 anos	1	20,0	-	0,0	101	31,0	102	29,8	-0,5	-2,2	2,1		
Total	5	100	11	100	326	100	342	100					

Averiguou-se que a maioria dos utentes, no que se refere ao tempo de permanência na Unidade, em todos os intervalos de dias de permanência criados, evidenciou incapacidade severa, predominando os utentes com 89 a 182 dias de permanência (30,7%) e os que possuíam tempo de permanência igual ou superior a 183 dias (25,6%), bem como os que permaneceram num tempo superior ou igual a 54 dias na Unidade (24,4%). Todavia, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,448$ ).

Tabela 97 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao tempo de permanência

Tempo de permanência	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
<=54 dias	-	0,0	1	12,5	81	24,4	82	23,9	-1,0	-0,8	1,2	5,779	0,448
55 -88 dias	2	66,7	2	25,0	64	19,3	68	19,8	2,0	0,4	-1,4		
89 – 182 dias	-	0,0	3	37,5	102	30,7	105	30,7	-1,2	0,4	0,2		
>=183 dias	1	33,3	2	25,0	85	25,6	88	25,6	0,3	0,0	-0,1		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Certificou-se, através dos dados obtidos, que no que se refere ao tempo de permanência na Unidade, em todos os intervalos de dias de permanência criados, em relação à alta, mostrou incapacidade severa, prevalecendo os utentes com 89 a 182 dias de permanência (31%) e os que possuíam tempo de permanência igual ou superior a 183 dias (25,5%), bem como os que permaneceram num tempo superior ou igual a 54 dias na Unidade (24,5%). Todavia, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,744$ ).

Tabela 98 – Total da escala de Katz na alta em relação ao tempo de permanência

Tempo de permanência	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
<=54 dias	-	0,0	2	18,1	80	24,5	82	24,0	-1,3	-0,5	1,1	3,497	0,744
55 -88 dias	2	40,0	3	27,3	62	19,0	67	19,6	1,2	0,7	-1,2		
89 – 182 dias	1	20,0	3	27,3	101	31,0	105	30,7	-0,5	-0,3	0,5		
>=183 dias	2	40,0	3	27,3	83	25,5	88	25,7	0,7	0,1	-0,5		
Total	5	100	11	100	326	100	342	100					

Através dos dados obtidos, pode dizer-se que, no que se refere ao total do Índice de Katz na admissão em relação ao estado civil, verificou-se um predomínio dos

utentes com incapacidade severa, 59,6% para os que não têm companheiro e 40,4% para os que têm companheiro. Contudo, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,275$ ).

Tabela 99 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao estado civil

Estado civil	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Sem companheiro	2	66,7	7	87,5	198	59,6	207	60,3	0,2	1,6	-1,5	2,585	0,275
Com companheiro	1	33,3	1	12,5	134	40,4	136	39,7	-0,2	-1,6	1,5		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Pode dizer-se que, no que se refere ao total do Índice de Katz na alta em relação ao estado civil, verificou-se um predomínio dos utentes com incapacidade severa, 59,5% para os que não têm companheiro e 40,5% para os que têm companheiro. Contudo, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,073$ ).

Tabela 100 – Total da escala de Katz na alta em relação ao estado civil

Estado civil	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Sem companheiro	2	40,0	10	90,9	194	59,5	206	60,2	-0,9	2,1	-1,2	5,247	0,073
Com companheiro	3	60,0	1	9,1	132	40,5	136	39,8	0,9	-2,1	1,2		
Total	5	100	11	100	326	100	342	100					

Atendendo aos resultados obtidos, poder-se-á dizer que a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador demonstra que os valores médios obtidos, para as duas situações, encontram-se muito próximos (admissão 5,64; alta 5,62), não se verificando, deste modo, a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 101 – Teste t para a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador

Descanso do Cuidador	Não		Sim		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	5,77	0,73587	5,64	0,90695	0,017	1,488	0,138
Alta	5,68	0,978	5,62	0,926	0,617	0,573	0,567

Poder-se-á dizer que a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da proveniência mostra que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo 3 de transferência (admissão 199, 50; alta 199,00), não se verificando, deste modo, a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 102 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da proveniência

Cotação Total da Escala de Katz	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	X <sup>2</sup>	p
	Domicilio	Hospital	Transferência		
Admissão	166,87	182,81	199,50	5,842	4,415
Alta	167,18	180,19	199,00	0,054	0,110

Em conformidade com a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade, pode afirmar-se que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou fragilidade (admissão 172, 90; alta 172,47), não se verificando a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 103 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade

Situação de Fragilidade	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	157,48	172,90	2939,500	0,290
Alta	155,93	172,47	2908,500	0,256

A cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência da incontinência vesical mostra que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou incontinência vesical (admissão 183,19; alta 183,98), verificando-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ , respetivamente).

Tabela 104 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência vesical

Incontinência Vesical	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	126,75	183,19	6273,000	0,000
Alta	120,28	183,98	5781,000	0,000

A cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência da incontinência fecal indicia que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou incontinência fecal (admissão 186,68; alta 186,20), verificando-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ , respetivamente).

Tabela 105 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência fecal

Incontinência Fecal	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	133,68	186,68	8139,500	0,000
Alta	132,73	186,20	8011,500	0,000

A cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência da dor na admissão mostra que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou dor moderada (admissão 183,45; alta 183,40), verificando-se que não há diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 106 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na admissão

Dor na admissão	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	171,66	183,45	1550,500	0,561
Alta	171,14	183,40	1541,000	0,546

Em conformidade com os dados alcançados, no que se refere à cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência da dor na alta, pode dizer-se que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou dor moderada (admissão 188,33; alta 136,83), verificando-se que não há diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 107 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na alta

Dor na alta	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	171,79	138,33	409,000	0,361
Alta	171,30	136,83	404,500	0,346

Os dados alcançados, no que se refere à cotação do Índice de Katz na admissão em função do diagnóstico principal, pode dizer-se que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes do grupo com transtornos mentais (181,52) e nos que apresentavam doenças do sistema osteomuscular (181,23), verificando-se que há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,001$ ).

Tabela 108 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice d Katz na admissão em função do diagnóstico principal

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X <sup>2</sup>	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	129,14	181,52	171,53	180,62	181,23	158,33	20,125	0,001

Os dados conseguidos, no que se refere à cotação do Índice de Katz na admissão em função do diagnóstico secundário, pode dizer-se que os valores médios obtidos são mais elevados nos utentes do grupo de doenças do sistema nervoso (144,94) e nos que apresentavam doenças do sistema osteomuscular (134,35), verificando-se que há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,034$ ).

Tabela 109 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice d Katz na admissão em função do diagnóstico secundário

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X <sup>2</sup>	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	128,32	98,52	144,94	134,16	134,35	132,50	12,063	0,034

### Dados da Escala de Lawton *versus* Escala de Brody

Com a aplicação do Teste de Kruskal-wallis, para a cotação total do Índice de Lawton e da Escala de Brody na admissão e na alta, tendo em conta o tempo de permanência, pode dizer-se que o grupo com valores médios mais elevados é o dos utentes com 89 a 182 dias de permanência na Unidade: 186,20 para o momento da admissão; 190,60 para o momento da alta. Refere-se a presença de diferenças estatisticamente significativas para ambos os casos ( $p=0,040$ ;  $p=0,007$ , respetivamente).

Tabela 110 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do tempo de permanência

Cotação Total da Escala de Morse	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	Grupo 4	X <sup>2</sup>	p
	≤ 54 dias	55-88 dias	89- 182 dias	≥ 183 dias		
Admissão	152,77	184,55	186,20	161,19	8,299	0,040
Alta	143,69	180,34	190,60	176,64	12,236	0,007

Através da aplicação do Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* estado civil, concluiu-se que as médias mais elevadas recaíram nos utentes sem companheiro, quer na admissão 9,54, quer na alta 9,66. Não existem diferenças estatisticamente significativas, pois  $p > 0,05$ .

Tabela 111 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do estado civil (com ou sem companheiro)

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Leven,s	t	p
	Média	Dp	Média	Dp	p		
Admissão	9,54	2,17639	9,27	1,84869	0,273	1,187	0,236
Alta	9,66	2,26340	9,54	2,23397	0,747	0,467	0,640

Através da aplicação do Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* presença de doença crónica agudizada, pode concluir-se que os utentes com doença crónica agudizada, em ambas as situações, tiveram médias mais elevadas, designadamente 9,51 e 9,77. Não se obteve diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabela 112 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do presença de doença crónica agudizada

Doença crónica agudizada	Não		Sim		Leven,s	t	p
	Média	Dp	Média	Dp	p		
Admissão	9,40	1,88093	9,51	2,33986	0,122	-0,502	0,638
Alta	9,52	1,95945	9,77	2,69615	0,017	-0,958	0,382

Os resultados da aplicação do Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* ser institucionalizado para descanso do cuidador, demonstram que os utentes, com institucionalização para descanso do cuidador, apresentaram as médias mais elevadas, nomeadamente, 9,58 para a admissão e 9,62 par a alta, não havendo diferenças estaticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabela 113 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador

Descanso do Cuidador	Não		Sim		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	9,33	2,16600	9,58	1,89630	0,567	-1,127	0,253
Alta	9,60	2,46441	9,62	1,94338	0,101	-0,073	0,940

Ao aplicar-se o Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* proveniência, verificou-se que as médias mais elevadas incidiram nos utentes que procederam do domicílio, em ambas situações, respetivamente, 183,00 para a admissão e 182,71 para a alta, resultando em diferenças estaticamente significativas ( $\alpha=0,002$ ;  $p=0,003$ ).

Tabela 114 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da proveniência

Total do índice de Lawton e Brody	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	X <sup>2</sup>	p
	Domicilio	Hospital	Transferência		
Admissão	183,00	146,52	120,06	12,805	0,002
Alta	182,71	147,21	120,75	11,966	0,003

Através da aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* existência de uma situação de fragilidade, pôde verificar-se que as médias mais elevadas incidiram nos utentes que não se encontravam em situação de fragilidade, em ambos os momentos. Assim, os dados mostram a média de 185,95 para a admissão e a média de 178,75 para a alta, sem diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 115 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade

Situação de Fragilidade	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	185,95	170,60	2931,000	0,476
Alta	178,75	171,05	3075,000	0,723

Recorreu-se à aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* incontinência vesical, cujos dados mostraram que os doentes sem incontinência vesical foram os que auferiram os valores médios mais elevados: 226,45 para o momento da admissão; 218,52 para o

momento da alta, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ , respetivamente).

Tabela 116 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência vesical

Incontinência vesical Total do índice de Lawton e Brody	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	226,45	158,36	5481,000	0,000
Alta	218,52	160,26	6004,500	0,000

Recorreu-se à utilização do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* incontinência fecal, cujos dados declaram que os doentes sem incontinência fecal foram os que auferiram os valores médios mais elevados, nomeadamente, 246,48 para o momento da admissão e 244,22 para o momento da alta, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ , respetivamente).

Tabela 117 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência fecal

Incontinência fecal Total do índice de Lawton e Brody	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	246,48	143,50	4605,500	0,000
Alta	244,62	144,19	4778,500	0,000

Recorreu-se à aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* presença de dor, tendo-se verificado que os doentes sem dor obtiveram os valores médios mais elevados, mais concretamente, 172,75 para o momento da admissão e 172,12 para o momento da alta, sem diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 118 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na admissão

Dor na admissão Total do índice de Katz	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	172,75	130,15	1246,500	0,155
Alta	172,12	150,80	1453,000	0,481

Os dados do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta *versus* presença de dor patenteiam que os doentes com dor moderada acharam os valores médios mais elevados, nomeadamente, 218,33 para o momento da admissão e os que não tiveram dor na alta 171,10, sem diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 119 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na alta

Dor na alta	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	170,58	218,33	365,000	0,376
Alta	171,10	159,67	473,000	0,834

Com o recurso ao Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão *versus* diagnóstico principal, apurou-se que os doentes com doenças do sistema osteomuscular (209,80) e os que tinham doenças endócrinas (201,07) tiveram os valores médios mais elevados, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,008$ ).

Tabela 120 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico principal

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X <sup>2</sup>	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	201,07	150,55	170,18	158,28	209,80	183,13	15,582	0,008

Por último, através do recurso ao teste Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão *versus* diagnóstico secundário, pôde concluir-se que os doentes com transtornos mentais (160,33), os que possuíam doenças do sistema osteomuscular (138,23) e os que possuíam doenças endócrinas (138,01) revelaram médios mais elevados, sem diferenças estaticamente significativas ( $p>0,05$ ).

Tabela 121- Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico secundário

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X <sup>2</sup>	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	138,01	160,33	89,16	129,64	138,23	123,13	10,682	0,058

## Resultados da Escala de Braden

Como complemento ao estudo realizado apresentamos o procedimento de análise multivariada, designado por árvores de decisão, em que se utilizou o algoritmo CHAID que não é mais que um acrónimo do “Chi-square Automatic Intraction Detector” (cf figura 5). É um método exploratório para estudar as relações entre uma variável de resposta e um conjunto de variáveis explicativas que podem interagir entre si.

Este procedimento consta na representação gráfica das alternativas disponíveis, e consiste na decomposição de um problema complexo em diversos sub-problemas mais simples.

As **variáveis explicativas (independentes)** utilizadas para a construção da árvore de decisão 1, a seguir representada, foram o estado civil e a idade dos utentes. Como **variável de resposta (dependente)** considerou-se o **risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**.

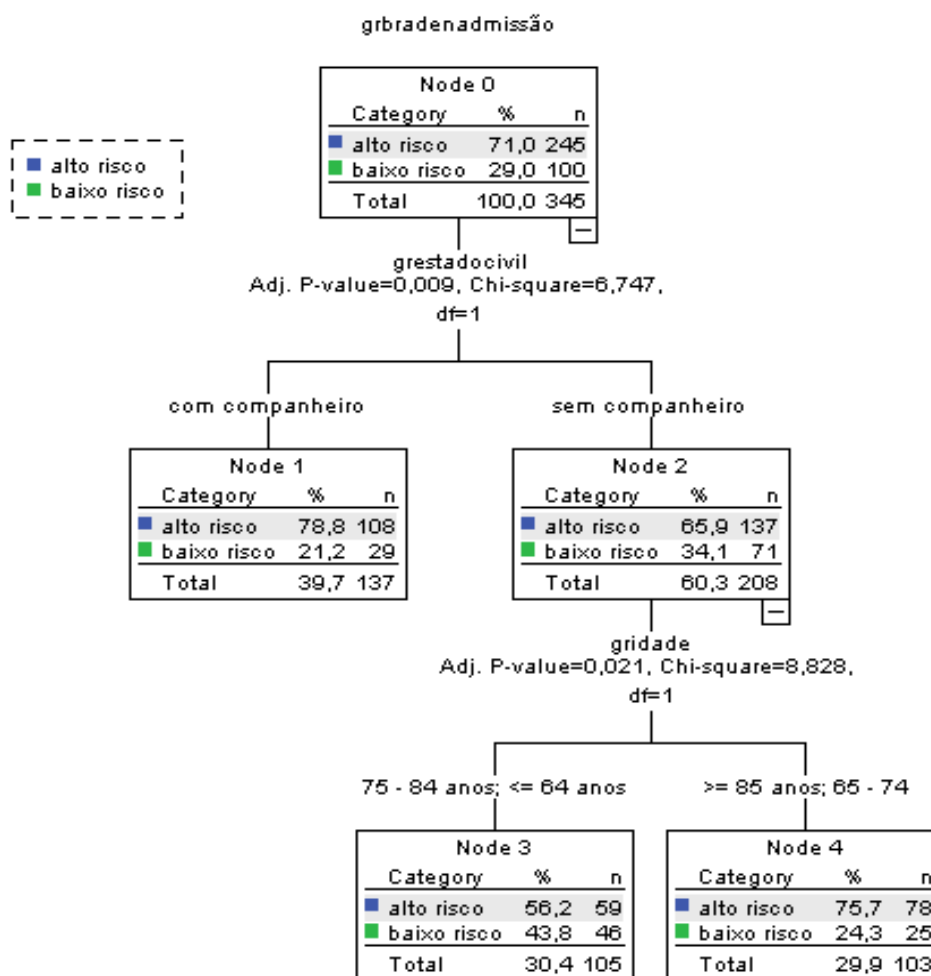
Os resultados presentes na árvore de decisão mostram que existem três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Como variáveis explicativas permaneceram para a admissão, o estado civil (com e sem companheiro) e a idade (dos 75 aos 84 anos; idade igual ou superior a 85 anos), encontrando-se distribuídas por dois nós terminais.

A primeira caixa que representa o nó 0, ou nó de raiz, tem a sombreado a categoria alto risco, apresentando uma probabilidade de 71% de os utentes terem risco úlcera de pressão, sendo de 29% os que não apresentam esse risco.

No primeiro nível de profundidade da árvore encontra-se o estado civil, indicando ser esta a variável que originou os nós terminais 1 e 2. Neste nível, o método CHAID tem a sombreado o alto risco de úlcera de pressão, em ambos os estados cívéis (com companheiro 78,8%; sem companheiro 65,9%), com diferenças estaticamente significativas, pois  $p=0,009$ .

O segundo nível de profundidade mostra que a variável que melhor prevê os utentes com risco de úlcera de pressão são as faixas etárias dos 75 aos 84 anos e idade igual ou superior a 85 anos, sendo que os nós 3 e 4 indicam a presença de alto risco, prevendo em 56,2% dos utentes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos a apresentar alto risco de úlcera de pressão e no nó terminal 4 prevê-se, em 75,7% dos utentes com idades iguais ou superiores a 85 anos alto risco de úlcera de pressão. Registou-se diferenças estaticamente significativas, pois  $p=0,021$ .

Figura 5 - Árvore 1: Árvore CHAID da Escala de Braden na admissão, em função do estado civil e idade



Os resultados presentes na árvore de decisão mostram que existem dois níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Como variável explicativa permaneceu, no momento da alta, a idade (inferior ou igual a 64 anos, dos 65 aos 74 anos, dos 75 aos 84 anos; idade igual ou superior a 85 anos), encontrando-se distribuídas por dois nós terminais.

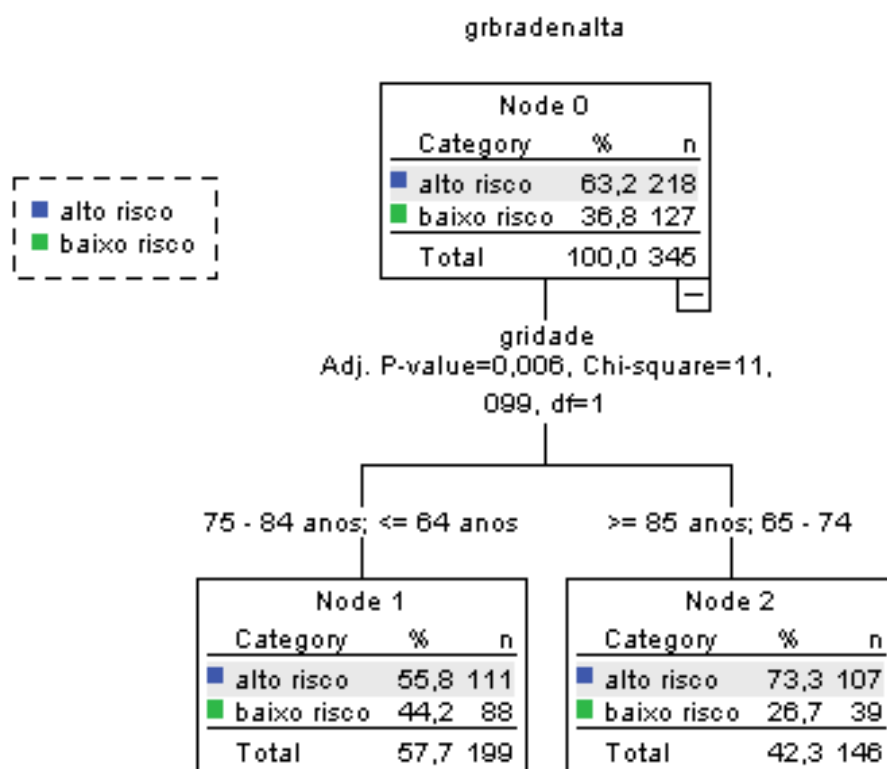
A primeira caixa que representa o nó 0, ou nó de raiz, tem a sombreado a categoria alto risco, apresentando uma probabilidade de 63,2% de os utentes terem risco úlcera de pressão, sendo de 36,8% os que não apresentam esse risco, com diferenças estaticamente significativas, dado que  $p=0,006$ .

No primeiro nível de profundidade da árvore (nó 1) encontra-se a faixa etária dos utentes com idade inferior ou igual a 64 anos e os que possuíam 75 aos 84 anos.

Neste nível, o método CHAID tem a sombreado o alto risco de úlcera de pressão, para ambas as faixas etárias (55,8%).

O segundo nível de profundidade (nó 2) indica que as faixas etárias que melhor preveem os utentes com risco de úlcera de pressão são dos 65 aos 74 anos e idade igual ou superior a 85 anos, indicando a presença de alto risco, em 73,3% dos utentes.

Figura 6 - Árvore 2: Árvore CHAID da Escala de Braden na alta, em função da idade



As **variáveis explicativas (independentes)** utilizadas para a construção da árvore de decisão 5, a seguir representada foram a dependência para a realização de atividades de vida diária e a presença de incontinência vesical e fecal. Como **variável de resposta (dependente)** considerou-se o **risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**.

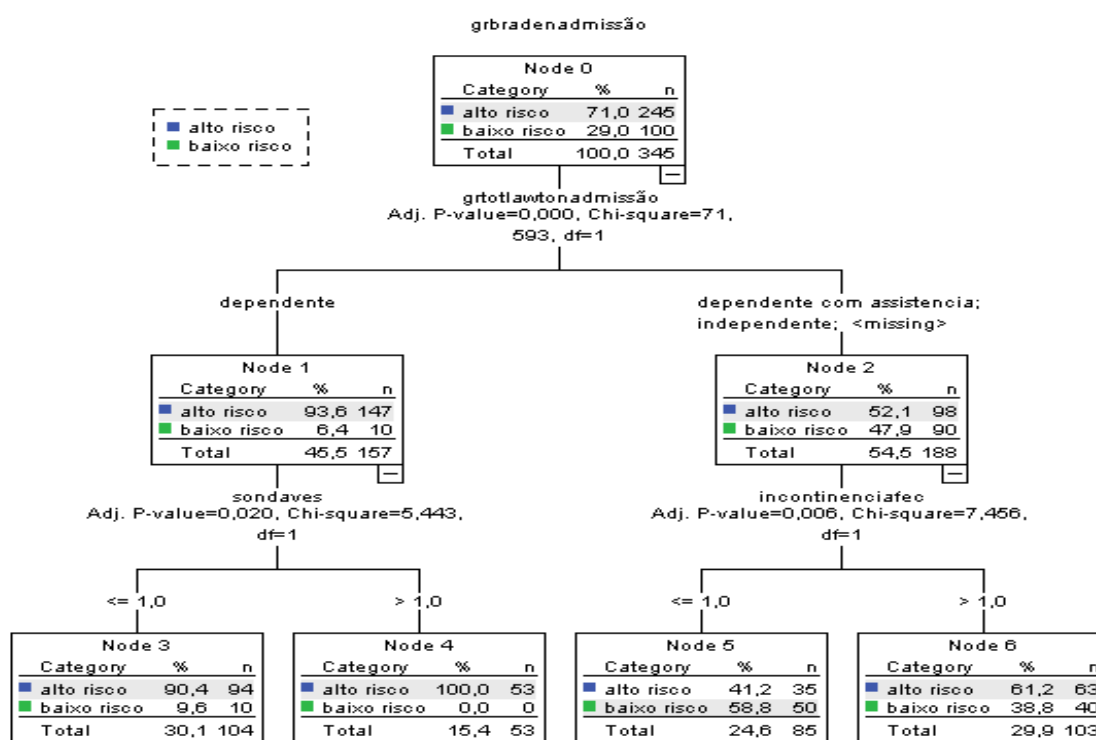
Os resultados presentes na árvore de decisão 7 mostram que existem três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Como variáveis explicativas permaneceram, a dependência (com e sem assistência) e a incontinência (vesical e fecal) no momento da admissão dos utentes na Unidade, encontrando-se distribuídas por seis nós terminais.

A primeira caixa que representa o nó 0, ou nó de raiz, tem a sombreado a categoria alto risco, apresentando uma probabilidade de 71% de os utentes terem risco úlcera de pressão, sendo de 29% os que não apresentam esse risco.

No primeiro nível de profundidade da árvore encontram-se os utentes com dependência funcional e com dependência funcional parcial, indicando ser esta variável originou os nós terminais 3 e 4. Neste nível, o método CHAID tem a sombreado o alto risco de úlcera de pressão quer nos utentes com dependência, quer nos utentes com dependência parcial (93,6%; 52,1%, respetivamente), com diferenças estaticamente significativas, pois  $p=0,020$  e  $p=0,006$ , respetivamente.

O segundo nível de profundidade mostra que a variável que melhor prevê os utentes com risco de úlcera de pressão são os doentes com dependência e com presença de sonda vesical, sendo que os nós 3 e 4 indicam a presença de alto risco, No caso do nó 3, cujo índice de aglomeração é  $\leq 1$ , prevê-se o alto risco de úlcera de pressão em 90,4% dos utentes. No nó terminal 4, em que o índice de aglomeração é  $>1,0$ , há evidência de 100% de alto risco de úlcera de pressão. Nos nós 5 e 6, relativos aos utentes com dependência parcial, mais concretamente no nó 5, onde índice de aglomeração é  $\leq 1$ , sobressaem 58,8% dos utentes a apresentar baixo risco de úlcera de pressão, contrapostos ao nó 6, onde o índice de aglomeração é  $>1,0$ , onde 61,2% dos utentes têm alto risco de úlcera de pressão.

Figura 7 - Árvore 3: Árvore CHAID da Escala de Braden na admissão, em função da dependência (assistência ou não) e incontinência (fecal e vesical)



As **variáveis explicativas (independentes)** utilizadas para a construção da árvore de decisão 6, a seguir representada foram a dependência para a realização de atividades de vida diária e a presença de incontinência vesical e fecal. Como **variável de resposta (dependente)** considerou-se o **risco de desenvolvimento de úlceras de pressão**.

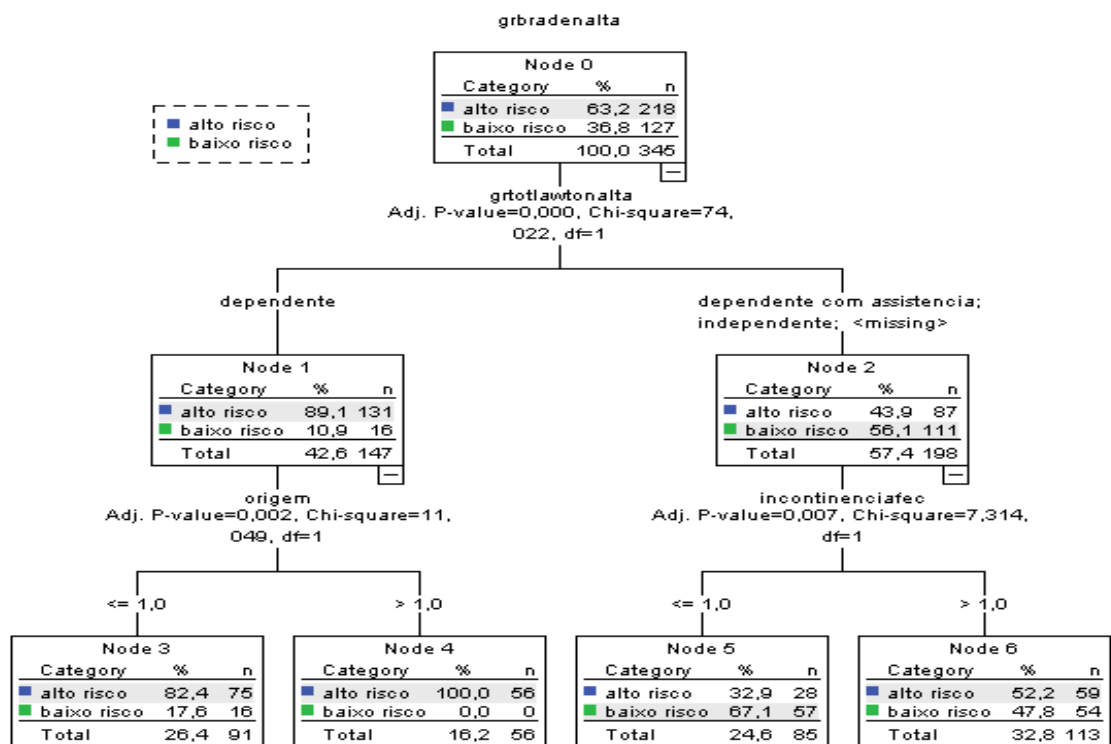
Os resultados presentes na árvore de decisão 8 mostram que existem três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão na alta. Como variáveis explicativas permaneceram, a dependência (com e sem assistência) e a incontinência (vesical e fecal) no momento da admissão dos utentes na Unidade, encontrando-se distribuídas por seis nós terminais.

A primeira caixa que representa o nó 0, ou nó de raiz, tem a sombreado a categoria alto risco, apresentando uma probabilidade de 63,2% de os utentes terem risco úlcera de pressão, sendo de 36,8% os que não apresentam esse risco, com diferença estaticamente significativa ( $p=0,000$ ).

No primeiro nível de profundidade da árvore encontram-se os utentes com dependência funcional e com dependência funcional parcial, indicando ser esta variável originou os nós terminais 1 e 2. Neste nível, o método CHAID tem a sombreado o alto risco de úlcera de pressão nos utentes com dependência, prevendo 89,1% de casos, com diferenças estaticamente significativas, pois  $p=0,002$ , enquanto no nó 2 o sombreado incidiu no baixo risco, prevendo 56,1% de casos, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,007$ ).

O segundo nível de profundidade mostra que a variável que melhor prevê os utentes com risco de úlcera de pressão são os doentes com dependência e com presença de sonda vesical, sendo que o nó 3 e 4 indicam a presença de alto risco, No caso do nó 3, cujo índice de aglomeração é  $\leq 1$ , prevê-se o alto risco de úlcera de pressão em 82,4% dos utentes. No nó terminal 4, em que o índice de aglomeração é  $>1,0$ , há evidência de 100% de alto risco de úlcera de pressão. Nos nós 5 e 6, relativos aos utentes com dependência parcial, mais concretamente no nó 5, onde índice de aglomeração é  $\leq 1$ , sobressaem 67,1% dos utentes a apresentar baixo risco de úlcera de pressão, contrapostos ao nó 6, onde o índice de aglomeração é  $>1,0$ , onde 52,2% dos utentes têm alto risco de úlcera de pressão.

Figura 8 - Árvore 4: Árvore CHAID da Escala de Braden na alta, em função da dependência (assistência ou não) e incontinência (fecal e vesical)



## Capítulo 5 – Discussão

Neste ponto do trabalho faz-se a discussão dos resultados mais relevantes para a compreensão do tema, procurando-se sempre estabelecer um paralelo com outras investigações.

Começa-se por referir que, no que diz respeito ao tempo de permanência em dias, ou seja, observou-se no mínimo de 1 dia de permanência na unidade e um máximo de 759 dias, com uma média de permanência de 126,95 dias, havendo diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Concluiu-se também que a maioria (70,3%) dos utentes provêm do domicílio, 27,4% do hospital e 2,3% resultam de transferências de outras instituições. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a proveniência e o género dos utentes ( $p=0,024$ ). De acordo com os dados obtidos, pode dizer-se que a causa de solicitação de internamento por situação de fragilidade do utente foi, na maioria, registada (94,3%).

Ao nível dos resultados obtidos no índice de Katz, quer em situação de admissão, quer em situação de alta, na maioria dos casos, os utentes revelaram-se sem autonomia para desempenhar as suas atividades de vida diária, como tomar banho, vestir-se, fazer a higiene, deslocar-se e alimentação.

A idade foi uma variável a interferir estaticamente nos resultados do índice de Katz. Assim, apurou-se que em todas as faixas etárias os utentes não revelavam autonomia para tratar da sua higiene, no momento da admissão, predominado essencialmente os idosos com idades entre os 75 e os 84 anos (47,6%) e os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (30,9%). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,003$ ). Registou-se também que, na admissão, foram os utentes com idades compreendidas entre os 75 aos 84 anos que mais apresentavam incontinência (48,8%), seguindo-se os da faixa etária dos 85 anos ou idade superior (32%), com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Em situação de alta, também se verificou que a idade foi uma variável com influência no índice de Katz, predominando os utentes sem autonomia para a higiene, mormente os que tinham idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (47,8%) e os que possuíam 85 anos ou idade superior (31,2%). Apurou-se a existência de valores altamente significativos ( $p=0,000$ ). Na relação entre a idade e o grau de autonomia manifestado pelos utentes, ainda na alta, em relação à incontinência, apurou-se que eram os utentes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos

(48,7%) que mais revelavam incontinência, seguidos dos que possuíam 85 anos ou idade superior a tal (32,1%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Verificou-se que, em relação à idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação, sobressaíram os utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (48,3%), os quais necessitavam de assistência, o mesmo se passou com os utentes com 85 anos ou idade superior (30,6%). Registaram-se diferenças estaticamente significativas, pois  $p=0,011$ .

Uma outra variável que influenciou estatisticamente os resultados foi o tempo de permanência, no que se refere à admissão, sugerindo, na amostra em estudo, influência no grau de autonomia na admissão para tomar banho. Assim, constatou-se um predomínio de utentes, com dias de permanência entre os 89 a 182 dias, a necessitar de assistência (30,8%), seguindo-se os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25%), estando-lhe muito próximos os utentes com menos de 54 dias ou período igual de permanência (24%). Há registo de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,043$ ).

Apurou-se que os utentes com 89 a 182 dias de permanência foram os que revelaram necessitar de assistência para se vestir, ainda na admissão, perfazendo o valor percentual mais elevado (31%), seguindo-se os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,7%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,2%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,038$ ). A maioria dos utentes que necessitavam de assistência para realizar a sua higiene foi os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,6%), os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25,8%) e os que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência (24,8%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,046$ ).

O estado civil também se constituiu como variável influenciadora no índice de Katz, atendendo ao facto de que houve o predomínio de utentes sem autonomia para se alimentar na admissão, ou seja, 58,8% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 41,2% dos utentes com companheiro. Há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,020$ ). Esta foi uma situação análoga para a alta, havendo preponderância de utentes com incontinência em ambos os grupos relativos ao estado civil, isto é, 57,9% dos utentes sem companheiro revelaram incontinência e 42,1% dos utentes com companheiro. Verificou-se que há diferenças estaticamente significativas ( $p=0,018$ ).

Os resultados apurados demonstraram que, na admissão, o total da escala de Katz obteve uma média de 5,71, sendo esta superior à obtida no momento da alta.

Assim, resultou em diferenças estaticamente significativas para ambas as situações ( $p=0,000$ , respetivamente).

Verificou-se que a maioria dos utentes, na admissão, em todas as faixas etárias constituídas, patenteou incapacidade severa, sobressaindo os utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (47,9%) e os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (30,7%). Como tal, verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ). Esta foi uma situação análoga á encontrada na alta, uma vez que a maioria dos utentes, em todas as faixas etárias constituídas, patenteou incapacidade severa, sobressaindo os utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (48,5%) e os que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (31%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ).

Outro dado empírico importante tem a ver com a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta, em função da existência da incontinência vesical, pois verificou-se que os valores médios obtidos foram mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou incontinência vesical (admissão 183,19; alta 183,98), verificando-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ , respetivamente). Quanto à presença de incontinência fecal, a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta indicou valores médios mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo que revelou incontinência fecal (admissão 186,68; alta 186,20), verificando-se a existência de diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ , respetivamente).

Os dados alcançados, no que se refere à cotação do Índice de Katz na admissão em função do diagnóstico principal, mostraram que valores médios mais elevados recaíram nos utentes do grupo com transtornos mentais (181,52) e nos que apresentavam doenças do sistema osteomuscular (181,23), verificando-se diferenças estaticamente significativas ( $p=0,001$ ). Ainda, em situação de admissão, pode dizer-se que os dados conseguidos, no que se refere à cotação do Índice de Katz, em função do diagnóstico secundário, mostraram valores médios obtidos mais elevados nos utentes do grupo de doenças do sistema nervoso (144,94) e nos que apresentavam doenças do sistema osteomuscular (134,35), verificando-se diferenças estaticamente significativas ( $p=0,034$ ).

Estes resultados sugerem que, sobretudo a idade, designadamente a faixa etária acima dos 75 anos, os dias de permanência, sobretudo entre os 89 a 182 dias, bem como 183 dias ou mais de permanência, o estado civil (com ou sem companheiro), a presença de incontinência (vesical e fecal), utentes com transtornos mentais, doenças do sistema osteomuscular e doenças do sistema nervoso, foram

variáveis a interferir estaticamente na avaliação da autonomia dos utentes nas atividades de vida diária (banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação), as quais se referem ao autocuidado e são fundamentais para a manutenção da independência do utente. Deste modo, poder-se-á dizer que os dados alcançados estão em consonância com o referido por Baranoski e Ayello (2006), Morison (2001), segundo os quais a idade, imobilidade, a incontinência (fecal e vesical) e outras patologias são fatores de risco da úlcera de pressão, sendo esta uma referência corroborada por Ferreira et al. (2010).

No que se refere aos resultados da cotação total do Índice de Lawton e da Escala de Brody na admissão e na alta, verificou-se que a variável tempo de permanência interferiu significativamente nos dados obtidos, nomeadamente no grupo de utentes com 89 a 182 dias de permanência na Unidade, com uma média de 186, 20 no momento da admissão e de 190,60 no momento da alta, com diferenças estatisticamente significativas para ambos os casos ( $p=0,040$ ;  $p=0,007$ , respetivamente).

Outro dado empírico importante, ainda neste âmbito, tem a ver com a influência da variável proveniência, ou seja, a mesma interferiu estaticamente nos resultados. Assim, constatou-se que as médias mais elevadas incidiram nos utentes que procederam do domicílio, em ambas situações, respetivamente, 183,00 para a admissão e 182,71 para a alta, resultando em diferenças estaticamente significativas ( $p=0,002$ ;  $p=0,003$ ). Outra variável a interferir na cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão foi a incontinência vesical, cujos dados mostraram que os doentes sem incontinência vesical foram os que auferiram os valores médios mais elevados: 226,45 para o momento da admissão; 218,52 para o momento da alta, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ , respetivamente). Sendo esta uma situação análoga aos doentes com incontinência fecal, os quais tiveram valores médios mais elevados, nomeadamente, 246,48 para o momento da admissão e 244,22 para o momento da alta, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,000$ ;  $p=0,000$ , respetivamente). Por fim, há a salientar que a variável diagnóstico principal interferiu igualmente nos resultados da cotação total do Índice de Lawton e Brody, atendendo que se apurou que os doentes com doenças do sistema osteomuscular (209,80) e os que tinham doenças endócrinas (201,07) tiveram os valores médios mais elevados, com diferenças estaticamente significativas ( $p=0,008$ ).

Atendendo a estes resultados poder-se-á dizer que as variáveis supra referidas influenciaram a funcionalidade dos utentes, o que pode sugerir que se está perante fatores de risco de úlcera de pressão. Ou seja, o nível de dependência do utente referente às atividades instrumentais está comprometido, sugerindo que os utentes

necessitam de ajuda para executar as suas atividades do dia-a-dia. Estes dados corroboram o salientado por Furtado *et al.* (2001), Nixon e Mcgough (2001), segundo os quais a impossibilidade de uma pessoa aliviar a pressão devido à diminuição da mobilidade aumenta o seu risco de contrair úlcera de pressão. Santos *et al.* (2011), através do seu estudo, também concluíram que 80% dos utentes provinham do domicílio, seis dos quais apresentavam úlceras de pressão. No seu estudo, os mesmos autores concluíram que a prevalência de úlcera de pressão é de 30% nos utentes institucionalizados, sendo que a incidência é superior nos utentes provenientes do domicílio e nos que têm alto risco de úlcera de pressão.

Quanto aos resultados apurados relativamente à Escala de Braden, que avalia o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, sendo esta a variável dependente da presente investigação, começa-se por referir que as variáveis explicativas e que permaneceram para a admissão foram o estado civil (com e sem companheiro) e a idade (dos 75 aos 84 anos; idade igual ou superior a 85 anos). Assim, sobressaiu a categoria alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, na generalidade, com uma probabilidade de 71% de os utentes terem esse risco. Assim, concluiu-se que a variável idade prevê que os utentes nas faixas etárias dos 75 aos 84 anos e idade igual ou superior a 85 anos são os que revelam alto risco de desenvolver úlcera de pressão.

Outra variável a interferir foi o estado civil, com alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, em ambos os estados cívicos (com companheiro 78,8%; sem companheiro 65,9%), com diferenças estaticamente significativas.

Os resultados mostraram também que, no momento da alta, a idade (inferior ou igual a 64 anos, dos 65 aos 74 anos, dos 75 aos 84 anos; idade igual ou superior a 85 anos), é uma variável estatisticamente significativa no desenvolvimento de alto risco de úlcera de pressão, apresentando uma probabilidade de 63,2% de os utentes terem esse risco.

Outras variáveis explicativas (independentes) foram a dependência para a realização de atividades de vida diária e a presença de incontinência vesical e fecal, como variáveis de resposta (dependente), ou seja, de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, na admissão. Assim, os resultados mostraram que há uma probabilidade de 71% destes utentes terem risco de úlcera de pressão.

O alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão foi apurado quer nos utentes com dependência, quer nos utentes com dependência parcial (93,6%; 52,1%, respetivamente), com diferenças estaticamente significativas. Contudo, o nível de profundidade mostrou que, no caso do nó 3, cujo índice de aglomeração é  $\leq 1$ , prevê-se o alto risco de úlcera de pressão em 90,4% dos utentes. Por sua vez, no caso em

que o índice de aglomeração é  $>1,0$ , há evidência de 100% de alto risco de úlcera de pressão. Nos nós 5 e 6, relativos aos utentes com dependência parcial, mais concretamente no nó 5, onde índice de aglomeração é  $\leq 1$ , sobressaem 58,8% dos utentes a apresentar baixo risco de úlcera de pressão, contrapostos ao nó 6, onde o índice de aglomeração é  $>1,0$ , onde 61,2% dos utentes têm alto risco de úlcera de pressão.

No que se refere ao momento da alta, também se constatou que as variáveis estatisticamente significativas na explicação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão permaneceram a dependência (com e sem assistência) e a incontinência (vesical e fecal). Ou sejam a categoria alto risco apresentou uma probabilidade de 63,2% de os utentes terem risco úlcera de pressão.

Nos utentes com dependência houve o alto risco desenvolverem úlceras de pressão, prevendo-se 89,1% de casos, enquanto nos doentes com dependência parcial incidiu no baixo risco, prevendo 56,1% de casos.

Concluiu-se igualmente que a variável que melhor prevê os utentes com risco de úlcera de pressão são os doentes com dependência e com presença de sonda vesical, sendo que o nó 3 e 4 indicaram a presença de alto risco, No caso do nó 3, cujo índice de aglomeração é  $\leq 1$ , prevê-se o alto risco de úlcera de pressão em 82,4% dos utentes. No nó terminal 4, em que o índice de aglomeração é  $>1,0$ , há evidência de 100% de alto risco de úlcera de pressão. Nos nós 5 e 6, relativos aos utentes com dependência parcial, mais concretamente no nó 5, onde índice de aglomeração é  $\leq 1$ , sobressaem 67,1% dos utentes a apresentar baixo risco de úlcera de pressão, contrapostos ao nó 6, onde o índice de aglomeração é  $>1,0$ , onde 52,2% dos utentes têm alto risco de úlcera de pressão.

Estes dados empíricos sugerem que a prevalência de alto risco, na globalidade dos casos, de os utentes desenvolverem úlceras de pressão é elevada, particularmente em relação às variáveis tidas como explicativas e de permanência quer na admissão, quer na alta, sendo estas: idade, nível de funcionalidade, dependente e dependente parcial, incontinência vesical e fecal e estado civil (com e sem companheiro). Como tal, é importante ter-se em conta estes fatores de risco, uma vez que as úlceras de pressão são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga económica para os serviços de saúde (Rocha, Miranda & Andrade, 2006).

Neste âmbito refere-se que houve uma conformidade entre os dados da presente investigação e dos de Santos *et al.* (2011), cujo estudo teve como objetivo verificar a incidência de úlcera de pressão numa unidade de cuidados continuados de longa

duração. Os autores concluíram que na admissão existiam úlceras de pressão. Nos três meses seguintes desenvolveu-se uma nova úlcera, ainda que algumas tivessem cicatrizado. Estes autores também recorreram à aplicação da Escala de Braden, na admissão, tendo concluído que a maioria dos utentes apresentava alto risco de desenvolver uma úlcera de pressão, tal como confirmado nesta investigação.



## Capítulo 6 – Conclusões e Sugestões

Cabe agora apresentar-se as principais conclusões alcançadas com esta investigação, analisando transversalmente os resultados obtidos e tendo presentes os nossos objetivos. A pesquisa que efetuada possibilitou reunir um conjunto de conceitos chave que se consideraram relevantes para a compreensão do tema em análise, resultando no atingir dos objetivos propostos.

As inquietações sobre o tema surgiram a partir de estudos sobre a prevalência de úlcera por pressão e pela convivência com idosos com lesões durante a prática profissional. Reconheceu-se a necessidade do conhecimento ampliado, através da realização deste estudo, que revelasse a prevalência da úlcera por pressão nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela, para um maior conhecimento da realidade e dos fatores de risco relacionados com as úlceras de pressão, com a atenção direcionada para a prevenção desse tipo de lesão.

Verificou-se, através da revisão da literatura, que as úlceras de pressão revelam-se como problemas de grande magnitude, especialmente dentro das instituições de saúde. São complicações iminentes que podem ocorrer em utentes hospitalizados e institucionalizados, principalmente naqueles com idade avançada. Certamente existem fatores facilitadores ou situações que contribuem para que essas lesões ocorram. Os fatores de risco, em muitos casos, estão aliados às condições clínicas do cliente, bem como ao seu estado físico e emocional. Esses fatores de risco são multivariados, como, por exemplo, a pressão exercida nos tecidos moles em locais de proeminência óssea, o cisalhamento e a fricção, a mobilidade reduzida, a ausência ou a diminuição da perfusão tissular, exposição à humidade, estado nutricional, envelhecimento, doenças degenerativas, cirurgias, toma de certos medicamentos e tempo de internamento e/ou institucionalização.

Observou-se, então, que não persistem somente os fatores relacionados à condição clínica e emocional dos utentes, mas também uma diversidade de situações agravantes que envolvem a equipa de saúde que presta os cuidados e o tratamento dispensado aos mesmos na fase de institucionalização e na alta. Esses problemas podem ainda estar presentes, apesar dos esforços contundentes dos profissionais de saúde, em especial da equipa de enfermagem, para solucionar a questão do aparecimento de úlceras de pressão.

Com base nos dados empíricos obtidos, na presente investigação, pode dizer-se que se tratou de uma amostra, inicialmente, constituída por 350 utentes que tiveram alta da UCCI. Porém, com base nos critérios de exclusão, resultou num total de 345 utentes, dos quais a maioria, ou seja, 46,6% tinham idades compreendidas entre os 65

e os 69 anos; 59,7% não possuíam companheiro; 53,7% não possuíam instrução primária; 99,1% eram reformados; com um tempo de permanência máximo de 759 dias e um mínimo de 121,22 dias; 73,3% eram provenientes do domicílio e 29,7% de hospitais e/ou de transferências; 43,7% tinham como motivo de institucionalização o descanso do cuidador; 36,3% apresentavam doenças crônicas com episódios de agudização; 84,2% eram utentes com necessidade de cuidados continuados; 17,7% necessitavam de cuidados paliativos; 77,7% revelavam necessidade de ensinos e 39,1% tinham doenças do aparelho circulatório, como diagnóstico principal e secundário.

Concluiu-se também que a maioria dos utentes revelaram perda de autonomia para a realização das atividades de vida diária, bem como tinham a sua dependência funcional comprometida quer na admissão, quer na alta. As variáveis explicativas para a admissão foram a idade igual ou inferior a 64 anos, 65 aos 74 anos, entre os 75 e os 84 anos, igual ou superior a 85 anos; estado civil, dependente funcional e dependência parcial, com sonda vesical e com incontinência fecal, consistindo-se estas como variáveis de resposta para a prevalência de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, apresentando, na maioria, os utentes um alto risco de contrair úlcera de pressão. Constatou-se também que as variáveis explicativas para a alta foram a idade igual ou inferior a 64 anos, 65 aos 74 anos, entre os 75 e os 84 anos, igual ou superior a 85 anos; proveniência, dependente funcional e dependência parcial e incontinência fecal, as quais funcionaram como variáveis de resposta para a prevalência de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, revelando maioritariamente que os utentes apresentavam alto risco de desenvolver úlcera de pressão.

O desenvolvido este trabalho permitiu identificar pontos em que podemos melhorar a prestação de cuidados tendo como objetivo melhorar os cuidados prestados.

Desta forma parece pertinente que a avaliação que é realizada no aplicativo da RNCCI por todas as unidades devia ser publicado, divulgado e sobretudo devia haver o feedback à UCCI de origem para que fosse possível avaliar a qualidade dos cuidados prestados e permitir à equipa de coordenação ter dados estatísticos sobre o empenho dessa mesma equipa. É importante salientar que existe uma escassez de estudos publicados nas UCCI o que dificulta a comparação de dados e não permite a divulgação dessas mesmas UCCI's.

É de salientar que com este estudo verificou-se o quão pertinente é ter registos feitos e atualizados quer para a recolha de dados como no desenvolvimento da prestação de cuidados.

Durante a recolha de dados fomos verificando que havia necessidade de modificar o registo na avaliação da dor. Assim essa sugestão ainda no decurso desta investigação foi transmitida e aceite, o que permite uma melhor avaliação da dor em todos os turnos. Analisando a escala de Lawton verificamos que esta não estava de acordo com a do autor pelo que foi sugerido a sua substituição também durante o decurso do estudo.

Fica demonstrado nesta investigação ainda que existe uma grande necessidade de ensinamentos quer por parte do cuidador principal como dos restantes cuidadores/família. Assim é importante que existam sessões de ensino sobre o risco e prevenção de úlceras de pressão para todos os cuidadores. Deve ser constituído um grupo de trabalho para o risco e prevenção de úlceras de pressão, sendo que este grupo deve obter formação e informação nesta área e posteriormente deve-a replicar por toda a equipa multidisciplinar.

A elevada presença de utentes com necessidade de cuidados paliativos 17,7 % alerta para a necessidade da equipa possuir formação nesta área.

Com a realização deste estudo espera-se que se diminuam o risco de úlceras de pressão quer nos utentes que estão internados na UCCI como nos doentes que têm alta e vão para o domicílio contribuindo para a diminuição deste flagelo e consecutivamente as consequências das mesmas através da implementação de uma política preventiva apostando na prevenção dos fatores de risco.



## Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde – 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas Relacionados com a Saúde. 2006. Acedido em fevereiro de 2013, em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Delibera%C3%A7%C3%A3o\\_n.%C2%BA\\_131/97\\_de\\_27\\_de\\_Julho](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Delibera%C3%A7%C3%A3o_n.%C2%BA_131/97_de_27_de_Julho).

Alves, P.; Costeira, A.; Vales, L. (2009). Reduzir a dor e o tratamento de feridas. *Nursing*, 250: 24-26.

Alves, P.; Oliveira, J.; Dias, V.; Mota, F. (2010). Prevenção de úlceras de pressão na posição de sentado. *Nursing*, 263: 2-4.

Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C.; Martins, T. (2008). *Validação da escala da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. 7º Congresso nacional de Psicologia da Saúde. Damaia. ISPA.

Baranoski, S.; Ayello, E.A. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios Práticos*. Loures: Lusodidáctica- Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda..

Campedelli, M.; Hiramatsu, C. (2004). *A pele do idoso: Prevenção de Úlceras de Pressão e Massagens de Conforto*. São Paulo: Papyrus

Campos, A. (2008). *Reformas da saúde: o fio condutor – Olhares sobre a saúde*. Lisboa: Almedina.

Clark, M. (2001). *Prevenção de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência.

Colleta, E. (2001). *Escaras de decúbito: Considerações Práticas sobre a Prevenção e o Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara.

Decreto-Lei nº 101/2006. D.R.I-A Serie nº 109 (6 de Junho de 2006). *Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Acedido em janeiro de 2013 <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>

Direção Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa*. Acedido em maio de 2013 em <http://www.dgs.pt/?cr=16947>

Duarte, Y.; Andrade, C.; Lebrão, M. (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Acedido em maio de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

Duque, H.; Menoita, E.; Simões, A.; Nunes, A.; Mendanha, M.; Matias, A. et al. (2009). *Úlceras de pressão: uma abordagem estratégica*. Coimbra: Formasau.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a American National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). – *Guia Internacional de Prevenção de Úlceras de Pressão*:

*Prevenção de Úlceras de Pressão*. Acedido em março de 2013 em [http://www.epuap.org/guidelines/QRG\\_Prevention\\_in\\_Portuguese.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf)

Ferreira, L. (2012). *O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto*. Acedido em maio de 2013 em <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1363/1/Ferreira-L.pdf>

Ferreira, N.; Rodrigues, V. (2012). Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas de internamento nas unidades de longa duração e manutenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 6: 17-24.

Ferreira, N.; Rodrigues, V. (2012). Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas de internamento nas unidades de longa duração e manutenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 6: 17-24.

Ferreira, P.; Miguéns, C.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Implementação nacional da escala de Braden*. Lisboa: Lusociência.

Ferreira, P.; Miguéns, C.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2007). *Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão – Implementação Nacional da Escala de Braden*. Lisboa: Lusociência.

Freitas, E.; Py L.; Cançado, F.; Doll, J.; Gorzoni, M. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Goanabara Koogan.

Furtado, K.; Flanagan, M.; Pina, E.; Augusto, B.; Leigo, A.; Rodrigues, C.; Rodrigues, C.; Santos, S. (2001). Prevenção e Tratamento de Úlceras, *Sinais Vitais*. Coimbra: Edição Formasau, 5 (1), 7- 95.

Gallo, J.; Busby-Whitehead, J.; Rabins, P.; Silliman, R. (2001). *Assistência ao idoso – aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

International Association For Study Pain – Task Force on Taxonomy, *Classification of chronicpain*. (2011). Acedido em abril de 2013 em [http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Publications/FreeBooks/Classification\\_of\\_Chronic\\_Pain/default.htm](http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/Publications/FreeBooks/Classification_of_Chronic_Pain/default.htm)

Lawton. P. (1982). A Research and Service-Oriented Multilevel Assessment Instrumental. *Journal of Gerontology*.

Lueckenotte, A. (2002). *Avaliação em Gerontologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso.

Mclaren, S.; Green, S. (2001). *Factores nutricionais na etiologia, desenvolvimento e cicatrização de úlceras de pressão*. Loures: Lusociência.

Morison, M. (2001). *Prevalência e tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência.

- Mota, F.; Mota, R. (2010). *As transições na prevenção das úlceras de pressão*. *Nursing*, 263: 8-10.
- Neves, C.; Oliveira, L. (2009). Úlceras de pressão/Escala de Braden – Um percurso no HIP. *Nursing*, 248: 9-11.
- Nixon, J.; MCGough, A. (2001). *Princípios de avaliação do paciente: rastreio de úlceras de pressão e risco potencial*. Loures: Lusociência.
- Paúl, C.; Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal – Psicologia, saúde e apresentação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Pina, E. (1999). Prevenção e Tratamento da Úlceras de Pressão. *Edição Medical*, 2 (1), 5-63.
- Pini, L.R.Q (2012). *Tese de mestrado. Prevalência, risco e prevenção da úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração*. Acedido em fevereiro de 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63858/2/DissertaoLuna%20PiniUP.pdf>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). Circular normativa: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Acedido em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados (2013). *A Nossa Missão*. Acedido em maio de 2013, em <http://www.rncci.min-saude.pt/UMCCI/Paginas/ANossaMissao.aspx>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – *Úlceras de pressão – Prevenção*. 2007. Acedido em maio de 2013. <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ulceras.pdf>.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados. *Guia da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Acedido em maio de 2013 em [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia\\_RNCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf)
- Rede Nacional de Cuidados Continuados. *Internamento*. Acedido em maio 2013 em <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/default.aspx>
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Ritto, C.; Rocha, F.; Costa, I.; Diniz, L.; Raposo, M.; Pina, P.; Milhomens, R.; Faustino, S. (2012). *Manual da Dor Crónica*. Lisboa: Fundação Grunenthal.
- Rocha, J.A; Miranda, M.J.; Andrade, M. J. (2006). *Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão – Intervenções baseadas na evidência*. [Em linha] *Acta Médica Portuguesa*, pp.29-38. [Consult.15 Março 2013]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/029-038.pdf>>.

Rocha, M.; Cunha, E.; Dinis, A.; Coelho, C. (2006). *Feridas Uma Arte Secular – Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas*. Coimbra: Minerva.

Rodrigues, A.; Soriano, J. (2011). Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem domiciliários na prevenção de úlceras de pressão. *Revista de Enfermagem Referência*, 5: 55-63.

Santis, T. (2009). Tese de mestrado. Polimedicação e Medicação Potencialmente Inapropriada no Idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários. Acedido em maio de 2013 em [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14808/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_mestradoTSantis.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14808/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_mestradoTSantis.pdf)

Santos, M.; Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, 2: 149-162.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos: com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Silva, R., Figueiredo, N.; Meireles, I. (2010). *Feridas, fundamentos e actualizações em enfermagem*. São Caetano do Sul: Yendis.

## **Anexos**



## **Anexo I**





**INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**  
**1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

Chamo-me Paula Cristina Vaz Marques Martins e sou enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia de Vouzela. Estou a desenvolver a dissertação de Mestrado na área da Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema “Prevalência do risco de Úlceras de Pressão nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela” na Escola Superior de Saúde de Viseu.

O presente questionário destina-se à recolha dos dados. Os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos.

**Elementos Sociodemográficos**

1. **Sexo:** Masculino ( ) Feminino ( )
2. **Idade** \_\_\_\_ anos
3. **Estado civil:** Solteiro ( ) Casado/união de facto ( ) Divorciado/separado ( ) Viúvo ( )
4. **Habilitações:** Sem Educação/educação primária ( )  
Primeiro estágio de educação básica - 4ª classe/6º ano ( )  
Segundo estágio de educação básica -5ºano antigo/9ºano( )  
Educação secundária - 7º ano antigo/12ª ano()  
Educação pós secundária - 6M/2anos – bacharelato/mestrado( )  
Primeiro estágio de educação 3º (2anos/curso doutoral)( )
5. **Situação profissional:** Activo ( )Reformado ( )

**Dados Relativos ao Internamento:**

6. **Tempo de permanência** \_\_\_\_ dias
7. **Proveniência / origem:**Domicilio ( )Hospital ( )Transferência ( )
8. **Descanso do Cuidador:** Não ( ) Sim ( )
9. **Situação de fragilidade:** Não ( ) Sim ( )
10. **Doenças crónicas com episódio de agudização:** Não ( ) Sim ( )
11. **Necessidade de continuidade de cuidados:** Não ( ) Sim ( )

12. **Necessidade de vigilância e tratamentos complexos:** Não ( ) Sim ( )
13. **Cuidados paliativos:** Não ( ) Sim ( )
14. **Necessidade de ensino doente/cuidadores:** Não ( ) Sim ( )
15. **Outra causa de solicitação:** Não ( ) Sim ( )
16. **Diagnóstico principal:** \_\_\_\_\_
17. **Diagnostico (s) secundário(s)** \_\_\_\_\_
18. **Incontinente Vesical:** Não ( ) Sim ( )
19. **Incontinente Fecal:** Não ( ) Sim ( )
20. **Presença de Sonda vesical?** Não ( ) Sim ( )
21. **Dor (segundo Escala Numéria da Dor) no momento da Admissão** \_\_\_\_
22. **Dor (segundo Escala Numéria da Dor) no momento da Alta** \_\_\_\_
23. **Número de medicamentos prescritos por dia no momento da admissão** \_\_\_\_
24. **Número de medicamentos prescritos por dia no momento da alta** \_\_\_\_

<b>Escala de Braden</b>					Cotação na Admissão	Cotação na Alta
<b>Percepção sensorial</b>	Completamente limitada (1ponto)	Muito limitada (2pontos)	Ligeiramente limitada (3pontos)	Nenhuma limitação (4pontos)		
<b>Humidade</b>	Pele constantemente húmida (1ponto)	Pele muito húmida (2pontos)	Pele ocasionalmente húmida (3pontos)	Pele raramente húmida (4pontos)		
<b>Actividade</b>	Acamada (1ponto)	Sentada (2pontos)	Anda ocasionalmente (3pontos)	Anda frequentemente (4pontos)		
<b>Mobilidade</b>	Completamente imobilizada (1ponto)	Muito limitada (2pontos)	Ligeiramente limitada (3pontos)	Nenhuma limitação (4pontos)		
<b>Nutrição</b>	Muito pobre (1ponto)	Provavelmente inadequada (2pontos)	Adequada (3pontos)	Excelente (4pontos)		
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	Problema (1ponto)	Problema potencial (2pontos)	Nenhum problema (3pontos)			
<b>Total</b>						

Índice de Katz			Data	
Funções	Avaliação	Cotação	Admissão	Alta
<b>Tomar Banho</b>	Não recebe Assistência	3		
	Recebe assistência na lavagem de parte do corpo	2		
	Recebe assistência na lavagem de mais do que uma parte do corpo	1		
<b>Vestir-se</b>	Tira as roupas e veste-se completamente sem assistência	3		
	Tira as roupas e veste-se sem assistência excepto calçar	2		
	Recebe assistência para vestir e calçar	1		
<b>Higiene/ ir ao WC</b>	Vai ao wc sem assistência	3		
	Vai ao wc com assistência	2		
	Não vai ao wc	1		
<b>Deslocar-se</b>	Entra e sai da cama sem assistência	3		
	Entra e sai da cama com assistência	2		
	Não sai da cama	1		
<b>Continência</b>	Controla os esfíncteres	3		
	Tem acidentes ocasionais	2		
	É incontinente ou usa sondavesical	1		
<b>Alimentação</b>	Alimenta-se sozinho sem assistência	3		
	Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos	2		
	Recebe auxílio para se alimentar	1		
<b>TOTAL</b>				

Índice de Lawton			Data	
Funções	Avaliação	Cotação	Admissão	Alta
<b>Utiliza o telefone</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Faz compras</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Faz contas/ cheques</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Gere medicação</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Utiliza transportes</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Prepara refeições</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Cuidado com a casa/ Vai a mesa</b>	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>Cuida da sua roupa</b>	Sozinho/	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
<b>TOTAL</b>				

## Anexo II



## Santa Casa da Misericórdia de Vouzela

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO



Ex. mo Sr. Professor-Coordenador Carlos Manuel  
Figueiredo Pereira  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102  
3500-843 Viseu

Sua referência

Sua Comunicação

Nossa Referência  
**24 UCC**

Vouzela, 20 de Maio de 2013

Assunto: Autorização do pedido de recolha de dados

Senhor Presidente:

Em resposta ao Ofício número: 368 de 26 de Abril 2013, referente à estudante Paula Cristina Vaz Marques Martins, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, cumpre-nos informar que o respetivo pedido foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos

O Diretor Clínico

(Dr. Joaquim Cardão)

Cédula profissional n.º 27880

Telef: 232740080 – Fax: 232740406 – E-Mail: [ucc@scmvouzela.com.pt](mailto:ucc@scmvouzela.com.pt)  
Rua Ribeiro Cardoso, n.º 39 – 3670-257 VOUZELA  
Contribuinte n.º 500874930