



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Catarina Inês Soares Almeida

Risco de Quedas nas UCCI do distrito de Viseu: estudo comparativo escala de Morse e escala de Downton

Abil de 2012



Catarina Inês Soares Almeida

Risco de Quedas nas UCCI do distrito de Viseu: estudo comparativo escala de Morse e escala de Downton

Tese de Mestrado
Mestrado em Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professor Doutor João Carvalho Duarte
Professora Doutora Cláudia Cheves

Abril de 2012

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e familiares pelo apoio constante que me deram bem como aos amigos pela atenção, paciência, compreensão e colaboração.

Aos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Santar, Resende, Vouzela, Santa Comba Dão, Mortágua, Aguiar da Beira e Tarouca pela participação imprescindível para a realização deste trabalho.

Aos provedores da Santa casa da Misericórdia de Santar, Resende, Vouzela, Santa Comba Dão, Mortágua, Aguiar da Beira e Tarouca pela autorização cedida para a recolha de dados.

À Professora Doutora Cláudia Chaves e Professor Doutor João Duarte agradeço o incentivo e interesse manifestado na orientação que me facultaram.

A todos aqueles que direta ou indiretamente acreditaram em mim.

O meu muito obrigado!

“Seja sempre curioso!

Não espere que o conhecimento vá ter consigo;

você é que tem de ir ter com ele.”

Sudie Back

RESUMO

Enquadramento: O envelhecimento e as alterações na estrutura social e familiar determinam o aparecimento de novas necessidades, cuja satisfação reclama mudanças tanto a nível de saúde como a nível social, que devem ser capazes de desenvolver respostas que possam contribuir para a manutenção e restauração da dignidade e da qualidade de vida. Neste contexto através da Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 foi criada na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com o objetivo de ser construído um modelo de intervenção em matéria de Cuidados Continuados Integrados.

As quedas são um risco real, apresentando-se como uma das principais causas de morte e são muitas as pessoas que vivem com estilos de vida comprometida e situações incapacitantes, tornando assim as quedas como um importante problema de saúde pública.

Representam não só a principal causa de morte acidental na última etapa da vida, mas também o motivo mais frequente de ida ao serviço de urgência, justificando internamentos com maior regularidade. (Saraiva D et al, 2008)

Nos idosos, as quedas, são um problema maior de saúde pública e podem levar a situações de incapacidade, injúria e morte. Nos países ocidentais cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e aproximadamente 15% caem mais do que duas vezes por ano. (CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 2010)

Desta constatação surgiu a necessidade de estudar o “ **Risco de Quedas dos Utentes Internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu: estudo comparativo entre a Escala de Morse e a Escala de Downton**”.

Objetivos: Determinar os fatores de risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu;

Avaliar o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

Comparar a Escala de Morse e as Escala de Downton, avaliando ambas os risco de queda.

Métodos: No que concerne ao tipo de investigação estamos perante um estudo quantitativo, descritivo - correlacional, transversal e não experimental. No estudo a realizar é utilizada a técnica de amostragem não probabilística.

Neste estudo, optou-se pela aplicação de um questionário para a colheita de dados, no qual foram incluídas a escala de Morse, a escala de Downton e o Índice de Katz e questões que possibilitaram a caracterização da amostra. Para o tratamento dos dados foi utilizada a estatística descritiva e inferencial e o apoio do programa SPSS 20.

Resultados: A amostra é constituída por 162 indivíduos, em que a idade mínima apresentada foi de 36 anos e a idade máxima foi de 100.

Segundo a escala de Morse: 25 indivíduos não apresentam risco de queda, 69 apresentam baixo risco de queda e 68 apresentam alto risco de queda; 77,8% não apresentam história prévia de queda e 58,0% são classificados como desorientados.

Segundo a escala de Downton: 154 indivíduos apresentam risco de queda e apenas 8 não apresentam risco; 37,0% tomam 3 tipos de medicamentos diferentes; 89,5% apresentam alterações ao nível da deambulação e 56,2% são classificados como desorientados.

Conclusão: Assim sendo a análise dos fatores desencadeantes das quedas e as circunstâncias em que estas ocorrem, assume-se como um pólo fulcral na intervenção do enfermeiro na promoção das estratégias preventivas de quedas.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu identificar vários pontos em que é muito importante investigar. É desta forma que seria pertinente e importante sugerir que as unidades de cuidados continuados para além da avaliação do risco também implementem medidas de prevenção. Medidas essas que não devem apenas reportar-se às previstas na legislação, mas também a medidas eficazes e adequadas a cada instituição para a redução das complicações.

Palavras Chave: Risco de queda; Capacidade Funcional; Estado Cognitivo; escala de Morse, escala de Downton

ABSTRACT

Background: aging and changes in social structure and family determine the emergence of new needs, whose satisfaction claims changes both health and social, to be able to develop responses that may contribute to the maintenance and restoration of dignity and quality of life. In this context through the resolution of the Council of Ministers No. 84/2005 was established under the Ministry of Health, Commission for the Development of Health Care for Older Persons and Persons in Situations of Dependency, in order to be constructed a model intervention in the field of integrated care.

Falls are a real risk, presenting itself as a leading cause of death and many people living with compromised lifestyles and disabling situations, thus making the falls as a major public health problem.

They represent not only the leading cause of accidental death in the last stage of life, but also the most common reason for going to the emergency department, justifying admissions with greater regularity. (Saraiva D et al, 2008)

In the elderly, falls are a major problem of public health and can lead to situations of disability, injury and death. In Western countries about 30% of elderly fall at least once a year to about 15% fall more than twice a year. (CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 2010)

This realization came the need to study the "**Risk of Falls in Hospitalized Users Continuing Care Unit of the District of Viseu: comparative study between the Morse Scale and the Downton Scale.**"

Objectives: To determine the risk factors of fall of the users admitted to the Continuing Care Unit of the District of Viseu.

Assess the risk of users admitted in the fall of Continuous Care Units of the District of Viseu;

To compare the Morse Scale and Downton Scale, assessing both the risk of falling.

Methods: Regarding the type of research we have a quantitative, descriptive - correlational and not experimental cross. The study is used to perform a non-probability sampling technique.

In this study, we opted for a questionnaire for data collection, which included the Morse scale, the scale of Downton and Katz Index and issues that made it possible to characterize the sample. For the treatment of data was used descriptive and inferential statistics and support of SPSS 20.

Results: The sample consisted of 162 individuals, provided that the minimum age was 36 years and maximum age was 100. According to Morse scale: 25 patients have no risk of falling, 69 have a low risk of falling and 68 are at high risk of falling, 77.8% have no previous history of falls and 58.0% are classified as disoriented. According to the Downton scale: 154 individuals at risk of falling and only 8 not present any risk, 37.0% take three different types of drugs, 89.5% had changes in ambulation and 56.2% are classified as disoriented

Conclusion: Thus the analysis of the causative factors of falls and the circumstances in which they occur, it is assumed as a central hub in the nurses' intervention in the promotion of preventive strategies for falls. The development of this study identified several areas where it is very important to investigate. It thus would be relevant and important to suggest that the continuing care units in addition to the risk assessment also implement preventive measures. Such measures should not only refer to those laid down in legislation, but also effective and appropriate measures for each institution to reduce complications.

Keywords: Risk of falling, functional capacity, cognitive state; Morse scale, Downton scale

Índice

Agradecimentos

Pensamento

Resumo

Abstract

Índice

Índice de quadros

Índice de esquemas

Índice de tabelas

Siglas

Abreviaturas

Introdução

14

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I: Cuidados Continuados Integrados em Portugal.....20

Capítulo II: Risco de quedas e o processo de envelhecimento.....26

1 – Envelhecimento da população portuguesa.....26

2 – Epidemiologia das quedas.....27

3 – Classificação das quedas.....28

4 – Fatores de risco das quedas.....28

5 – Consequências das quedas.....31

6 – Revisão de estudos.....32

PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

Capítulo III: Metodologia.....40

1 – Objetivos e hipóteses de investigação.....40

2 – Tipo de investigação.....41

3 – Esquema conceptual.....42

4 – Tipo de amostra.....43

4.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....43

5 – Instrumento de colheita de dados.....45

6 – Procedimentos.....50

7 – Análise de dados.....50

Capítulo IV: Resultados.....54

1 – Análise descritiva.....54

2 – Análise inferencial.....	77
Capítulo V: Discussão.....	88
Capítulo VI: Conclusão.....	96
Referências Bibliográfica.....	98
Anexo I: Questionário	

Índice de quadros

Quadro 1 – Evolução das Unidades de Cuidados Continuados Integrados da zona centro em relação ao ano de 2010.....	27
Quadro 2 – Caracterização da funcionalidade de acordo com o índice de Katz.....	48
Quadro 3 – Regressão simples entre a escala de Downton e as variáveis independentes.....	84
Quadro 4 – Regressão simples entre a escala de Morse e as variáveis independentes.....	85

Índice de Esquemas

Esquema 1 – Esquema conceptual.....	42
Esquema 2 – Síntese entre o risco de queda e as variáveis independentes.....	86

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição segundo a idade e o gênero.....	44
Tabela 2 – Distribuição segundo o grupo etário.....	44
Tabela 3 – Distribuição segundo o estado civil.....	45
Tabela 4 – Distribuição segundo as habilitações literárias.....	45
Tabela 5 – Distribuição segundo o motivo de internamento de acordo com o gênero.....	54
Tabela 6 – Distribuição segundo o motivo de internamento de acordo com a idade.....	54
Tabela 7 – Distribuição segundo o diagnóstico principal.....	56
Tabela 8 – Distribuição segundo o diagnóstico secundário.....	57
Tabela 9 – Distribuição segundo a diminuição da acuidade visual.....	58
Tabela 10 – Distribuição segundo o uso de óculos.....	58
Tabela 11 – Distribuição segundo a diminuição da acuidade auditiva.....	58
Tabela 12 – Diminuição segundo o uso de aparelho auditivo.....	59
Tabela 13 – Distribuição segundo a presença de problemas de incontinência.....	59
Tabela 14 – Distribuição segundo o uso de dispositivo urinário.....	59
Tabela 15 – Distribuição segundo o tipo de dispositivo urinário utilizado.....	60
Tabela 16 – Distribuição segundo a necessidade de ajuda na deslocação ao WC de acordo com o gênero.....	60
Tabela 17 – Distribuição segundo a necessidade de ajuda na deslocação ao WC de acordo com a idade.....	60
Tabela 18 – Distribuição segundo o uso de equipamento de apoio à marcha de acordo com o gênero.....	61
Tabela 19 – Distribuição segundo o uso de equipamento de apoio à marcha de acordo com a idade.....	61
Tabela 20 – Distribuição segundo o tipo de equipamento de apoio à marcha utilizado de acordo com o gênero.....	61
Tabela 21 – Distribuição segundo o tipo de equipamento de apoio à marcha utilizado de acordo com a idade.....	62
Tabela 22 – Distribuição segundo a frequência de dor no dia-a-dia de acordo com o gênero.....	62
Tabela 23 – Distribuição segundo a frequência de dor no dia-a-dia de acordo com a idade.....	63

Tabela 24 – Distribuição segundo a necessidade de ajuda na toma da medicação de acordo com o género.....	63
Tabela 25 – Distribuição segundo a necessidade de ajuda na toma da medicação de acordo com a idade.....	63
Tabela 26 – Distribuição segundo os medicamentos tomados de acordo com o género.....	64
Tabela 27 – Distribuição segundo o nº de medicamentos tomados de acordo com o género.....	64
Tabela 28 – Distribuição segundo o nº de medicamentos tomados de acordo com a idade.....	65
Tabela 29 – Distribuição segundo os Critérios de Beers.....	65
Tabela 30 – Distribuição segundo a escala de Morse.....	66
Tabela 31 – Distribuição segundo os vários parâmetros da escala de Morse.....	66
Tabela 32 – Distribuição segundo os scores de risco da escala de Morse de acordo com a idade.....	67
Tabela 33 – Distribuição segundo os scores de risco da escala de Morse de acordo com o género.....	67
Tabela 34 – Distribuição segundo a escala de Downton.....	68
Tabela 35 – Distribuição segundo os vários parâmetros da escala de Downton.....	69
Tabela 36 – Comparação entre a escala de Morse e a escala de Downton no que diz respeito aos scores de risco.....	70
Tabela 37 – Distribuição segundo o índice de Katz.....	71
Tabela 38 – Distribuição segundo os vários parâmetros do índice de Katz.....	72
Tabela 39 – Distribuição segundo os graus de dependência funcional do índice de Katz.....	72
Tabela 40 – Distribuição segundo o estado cognitivo.....	73
Tabela 41 – Distribuição segundo os parâmetros de avaliação do estado cognitivo.....	74
Tabela 42 – Distribuição segundo o estado cognitivo de acordo com a escala de Morse.....	74
Tabela 43 – Distribuição segundo o estado cognitivo de acordo com a escala de Downton.....	75
Tabela 44 – Distribuição do índice de Katz de acordo com a escala de Downton.....	76

Tabela 45 – do índice de Katz de acordo com a escala de Morse.....	76
Tabela 46 – Teste t de student entre a idade, a escala de Morse e escala de Downton.....	77
Tabela 47 – Teste t de student entre o género,a escala de Morse e escala de Downton.....	78
Tabela 48 – One Way ANOVAentre o risco de queda e o nº de medicamentos tomados.....	79
Tabela 49 – Teste de Mann Whitney entre a diminuição da acuidade auditiva e o risco de queda.....	79
Tabela 50 – Teste de Mann Whitney entre a diminuição da acuidade visual e o risco de queda.....	80
Tabela 51 – Teste de Kruskal-Wallis entre o índice de Katz e o risco de queda.....	81
Tabela 52 – Teste de Kruskal-Wallis entre a orientação no tempo e o risco de queda.....	82
Tabela 53 – Teste de Kruskal-Wallis entre a orientação no espaço e o risco de queda.....	82
Tabela 54 – Teste de Kruskal-Wallis entre o estado cognitivo e o risco de queda.....	83
Tabela 55 – Correlação de Pearson entre a escala de Downton e as variáveis independentes.....	83
Tabela 56 – Correlação de Pearson entre a escala de Morse e as variáveis independentes.....	85

Siglas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

AVD – Atividades de vida diária

UMW – Teste de U-Mann-Whitney

KW – Teste de Kolmogorov Smirnov

CID10 – Classificação Internacional de Doenças e de Problemas relacionados com a saúde

Abreviaturas

Cv – coeficiente de variação

s – desvio padrão

et al – entre outros

F – frequência

K - kurtosis

Máx - máximo

Min - mínimo

N - número

% - percentagem

Sk - Skewness

H - hipótese

p - significância

r – correlação de pearson

t – teste t de student

\leq - menor ou igual

\geq - maior ou igual

X^2 – qui quadrado

EP – erro padrão

OM – ordenação média

SN – sistema nervoso

AG – aparelho geniturinário

AC – aparelho circulatório

AR - -aparelho respiratório

AD – aparelho digestivo

SOM – sistema osteomuscular

MCAC – malformações congénitas e anomalias cromossómicas

Introdução

Portugal é um país a envelhecer, sendo que este envelhecimento populacional acarreta vários problemas sociais e económicos, dentro dos quais uma escassez no apoio da prestação de cuidados recorrendo as famílias cada vez mais à institucionalização dos seus idosos.

Em 16 de Março de 2006 o Conselho de Ministros aprovou o diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social. A finalidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes. Os cuidados continuados integrados fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objetivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2007).

As quedas constituem um risco real, apresentando-se como uma das principais causas de morte e são muitas as pessoas que vivem com estilos de vida comprometida e situações incapacitantes, tornando assim as quedas como um importante problema de saúde pública. Num estudo realizado por Pereira R, et al (2001) revela que 32% dos indivíduos entre os 65 e os 72 anos tem pelo menos uma queda por ano, 35% dos indivíduos entre os 75 e os 84 anos tem pelo menos uma queda por ano e 51% dos indivíduos acima dos 85 anos tem pelo menos uma queda por ano. No mesmo estudo foi verificado que os idosos com idade compreendida entre os 75 e os 84 anos e que necessitam de ajuda para a realização das suas atividades de vida diária tem uma probabilidade de cair 14 vezes maior que pessoas da mesma idade independentes. As quedas estão associadas a múltiplas causas, podendo ser agrupadas em fatores intrínsecos e fatores extrínsecos. Dentro dos fatores intrínsecos pode-se destacar: alterações fisiológicas associadas à idade, condições patológicas diversas e efeitos adversos da medicação. Dentro dos fatores extrínsecos podem ser salientados os fatores

ambientais. A ocorrência acumulativa de vários fatores propicia a multiplicação do risco de queda.

Segundo Sousa R (1999) se as consequências das quedas constituem uma problemática para as pessoas idosas tanto em termos físicos como em termos psicológicos, também são um problema para a sociedade implicando custos importantes, tornando-se assim indispensável investir na prevenção.

Segundo o novo plano nacional de saúde 2011-2016 na parte referente aos cuidados continuados integrados é referido que uma das recomendações é o desenvolvimento de investigação sobre os mesmos, através de acordos com centros de investigação já instalados e o desenvolvimento da capacidade de incorporação dos resultados da investigação no sistema e serviços da rede. Deste modo o desenvolvimento de um trabalho subordinado ao tema “Risco de quedas dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu: estudo comparativo entre a Escala de Morse e a Escala de Downton” vai de encontro às recomendações visadas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 permitindo também responder a desafios futuros.

Sendo assim emerge a seguinte questão de investigação:

- Que fatores desencadeiam as quedas dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu?

Inerente a esta questão colocam-se algumas inquietações, tais como:

- Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu;
- Que relação existe entre a medicação tomada e o risco de quedas dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;
- Que relação existe entre o estado mental e o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Viseu;
- Em que medida a incapacidade funcional na realização das Atividades de Vida Diária influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu;

De forma a adquirir uma resposta cientificamente válida às questões apresentadas, os objetivos desta investigação são:

- Determinar os fatores de risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu.
- Avaliar o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;
- Comparar a Escala de Morse e as Escala de Downton, avaliando ambas os risco de queda.

Foi definida uma amostra não probabilística intencional constituída por 162 indivíduos internados nas unidades de cuidados continuados integrados no período de janeiro a março de 2012, pertencentes às misericórdias de Santar, Santa Comba Dão, Aguiar da Beira, Resende, Vouzela, Mortágua, Tarouca e Oliveira de Frades, pertencentes ao distrito de Viseu, que cumpriam os critérios de inclusão. Esta população foi selecionada devido ao facto de se inserir na realidade geodemográfica da nossa prática profissional e ter sido obtida autorização por parte dos Provedores das respetivas misericórdias.

Para que fosse possível responder de encontro aos objetivos supracitados, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, com aplicação de questionário constituído por três escalas: Escala de Morse, a Escala de Downton e pelo Índice de Katz assim como questões que têm a finalidade de caracterizar a amostra.

Com esta visão do tema e das suas particularidades elaborámos o texto do estudo que estamos a introduzir e que se encontra dividido em duas partes: na primeira, agrupamos os capítulos que alicerçam a construção teórica; na segunda, apresentamos os dispositivos metodológicos centrados fundamentalmente no objeto do estudo.

A fundamentação teórica é constituída por dois capítulos, que se articulam e completam e que resultou da revisão bibliográfica realizada.

Deste modo, o primeiro capítulo foi dedicado à abordagem dos Cuidados Continuados Integrados em Portugal, com apresentação de alguns referenciais teóricos.

O segundo capítulo foi essencialmente dedicado à análise do risco de quedas e do envelhecimento que serão abordadas no estudo: Risco de quedas dos Uteses internados nas UCCI do distrito de Viseu: estudo comparativo entre a escala de Morse e a escala de Downton.

A segunda parte do trabalho, que denominámos “Investigação Empírica”, é dedicada ao dispositivo metodológico: a atenção foi centralizada e sistematizada em vários capítulos ordenados sequencialmente, englobando: metodologia, objetivos e hipóteses de investigação, tipo de investigação, esquema conceptual, participantes, tipo de amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos, análise dos dados, resultados, discussão e conclusões .

Por último, referenciámos o espectro bibliográfico consultado.

PARTE I : ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I : Cuidados Continuados Integrados em Portugal

O envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura social e familiar determinam o aparecimento de novas necessidades, cuja satisfação reclama mudanças nas políticas de saúde e de solidariedade social, as quais devem ser capazes de desenvolver respostas que possam contribuir para a manutenção e restauração da dignidade e da qualidade de vida e para atenuar o sofrimento dos indivíduos que se encontrem em situação de elevado grau de dependência e perda de autonomia funcional.

Neste contexto através da Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 foi criada na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com o objetivo de ser construído um modelo de intervenção em matéria de Cuidados Continuados Integrados.

Em 16 de Março de 2006 o Conselho de Ministros aprovou o diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde a Idosos e Dependentes, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social. A finalidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é criar um sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social que capacitem os seus utentes no sentido da promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes. Os cuidados continuados integrados fundamentam-se numa gestão de caso onde são identificados os problemas mais complexos dos utentes com o objetivo de proporcionar os cuidados adequados a cada situação (UMCCI, 2007).

O Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho, define Cuidados Continuados Integrados como o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado 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.

Segundo o mesmo Decreto-Lei são constituídos como objetivos da Rede:

- Prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência;
- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessário à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social;
- O apoio aos familiares ou cuidadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação da rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados e de cuidados paliativos.

A RNCCI tem como princípios regentes:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;

- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede;
- Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados (UMCCI, 2007).

Os cuidados continuados integrados compreendem a reabilitação, a readaptação e a reinserção social; mas também a provisão e manutenção do conforto e qualidade de vida mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho).

A RNCCI tendo uma abrangência nacional possui uma coordenação nacional assumida pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. As principais funções desta unidade são a condução do projeto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da rede e a sua coordenação integral (PLANO NACIONAL DE SAÚDE, 2011-2016).

A rede é coordenada a dois níveis, regional e local, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, concretizado por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e de cuidados e ações paliativas. Está centrada nos serviços comunitários de proximidade e abrange os hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho).

A estrutura operacional é constituída pela Equipa de Coordenação Local (ECL) e pelas equipas prestadoras que funcionam sob a dependência da ECL; funcionando ambas sob a coordenação da entidade gestora. A prestação de cuidados vai ser assegurada através de unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. As unidades de internamento, sobre as quais vai incidir o estudo a realizar, são constituídas por unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho).

Segundo o relatório intercalar de monitorização da RNCCI do 1º semestre de 2011 o número de camas contratadas em funcionamento até ao final do primeiro semestre de 2011, na região centro, nas unidades de convalescença é de 202, nas unidades de média duração e reabilitação é de 581 e nas unidades de longa duração e manutenção é de 761 camas.

Em relação à evolução da capacidade contratada de número de camas nas unidades de convalescença houve um aumento em relação ao ano de 2010 de 208 camas (em 2010 haviam 682 camas enquanto no final do primeiro semestre de 2011 haviam 890 camas), nas unidades de média duração e reabilitação houve um aumento de 243 camas (em 2010 haviam 1497 camas enquanto no final do primeiro semestre de 2011 haviam 1740 camas) e nas unidades de longa duração e manutenção houve um aumento de 418 camas (em 2010 haviam 2286 camas enquanto no final do primeiro semestre de 2011 haviam 2704 camas). As percentagens de evolução e o aumento do número de camas em relação à zona centro estão traduzidas na seguinte tabela (RELATÓRIO INTERCALAR DE MONITORIZAÇÃO DA RNCCI, 1º semestre de 2011).

Quadro 1: Evolução das UCC da zona centro em relação ao ano de 2010

	Zona Centro	
	%	Nº de camas
Unidades de convalescença	17,4%	30
Unidades de média duração e reabilitação	13,4%	70
Unidades de longa duração e manutenção	5,4%	39

(Fonte: Relatório intercalar de monitorização da RNCCI 1º semestre de 2011, Julho de 2011)

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, a implementar num período de dez anos ao longo de três fases. A primeira fase (2006-2009) incluía experiências piloto e pretendia alcançar 30% de cobertura. A segunda fase (2009-2012) visa atingir 60% de cobertura e na terceira e última fase (2013-2016) pretende alcançar os 100% de cobertura do território nacional (RELATÓRIO DE PRIMAVERA, 2011).

Na maioria dos países, o conjunto dos cuidados orientados para o envelhecimento inserem-se no que se convencionou designar por cuidados de longa duração (*Long Term Care*). Em Portugal foi adoptado o termo Cuidados Continuados Integrados tendo sido criada uma rede que se assumiu como mais um nível de cuidados. A RNCCI presta cuidados a uma população maioritariamente idosa (79,9% dos utentes

referenciados em 2010 tinham mais de 65 anos, sendo que 40,3% tem mais de 80 anos) (RELATÓRIO DE PRIMAVERA, 2011).

O envelhecimento populacional, com todos os fatores que lhe estão associados, exigirá, nas próximas décadas, um acréscimo de recursos que desafiará a sustentabilidade financeira da RNCCI, em particular, mas também do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de proteção social na sua globalidade (RELATÓRIO DE PRIMAVERA, 2011).

Capítulo II : Risco de Quedas e o Processo de Envelhecimento

O processo normal de envelhecimento envolve a perda da capacidade funcional, mais ou menos significativa, causada pela deterioração dos sistemas fisiológicos. O declínio da capacidade funcional ao nível da aptidão física que envolve a redução dos níveis de força muscular, alterações da marcha e alterações do equilíbrio estático estão amplamente assinaladas na literatura como fatores de risco major para a ocorrência de quedas na população idosa (SEMINÁRIO CONTRIBUTOS PARA A SAÚDE NA POPULAÇÃO SÉNIOR, 2011).

Muitos dos fatores que ocasionam queda nos idosos estão inerentes ao processo de envelhecimento, num efeito cumulativo de alterações relacionadas com a idade e doenças, contudo alguns fatores são externos tais como o uso de drogas pelos idosos.

As quedas são um risco real, apresentando-se como uma das principais causas de morte e são muitas as pessoas que vivem com estilos de vida comprometida e situações incapacitantes, tornando assim as quedas como um importante problema de saúde pública.

1 - Envelhecimento da população portuguesa

Os resultados provisórios dos censos portugueses de 2011, indicam que a população residente em Portugal teve um aumento de cerca de 2% em relação à última década (CENSOS, 2011).

As características demográficas da população demonstram que se agravou o envelhecimento da população na última década. Em 2011, Portugal tem cerca de 19% da população com mais de 65 anos de idade (CENSOS, 2011).

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela diminuição da população jovem, continua bem vincado nos últimos censos. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 anos ou mais). Em 2011 Portugal apresenta cerca de 15% da população

no grupo etário dos mais jovens e cerca de 19% da população no grupo etário dos mais idosos (CENSOS, 2011).

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contra partida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais) , cerca de 19,4%, bem como o grupo populacional situado entre os 25-64 anos que cresceu cerca de 5,3% (CENSOS, 2011).

De acordo com o Relatório de Primavera (2011) é expectável que em 2050 a percentagem de idosos seja de cerca de 32%. Por sua vez a percentagem de jovens será de cerca de 13%.

2 - Epidemiologia das quedas

As quedas embora aconteçam em qualquer idade, são mais frequentes nas idades extremas da vida (até aos 5 anos e depois dos 65 anos) (Nogueiro M, Teiga M & Lopes P, 2002).

As quedas representam não só a principal causa de morte acidental na última etapa da vida, mas também o motivo mais frequente de ida ao serviço de urgência, justificando internamentos com maior regularidade (SARAIVA et al, 2008).

As quedas nos idosos são um problema maior de saúde pública e podem levar a situações de incapacidade, injúria e morte. Nos países ocidentais cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano e aproximadamente 15% caem mais do que duas vezes por ano (CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 2010).

Um estudo realizado na Turquia mostra que 31,9% dos idosos caíram pelo menos uma vez no último ano. Outro estudo realizado na Catalunha mostra que 17,9% das pessoas acima de 65 anos sofreram pelo menos uma queda nos 12 meses que antecederam a entrevista e que essa frequência aumenta com a idade. No Brasil, cerca de 30% dos idosos sofrem quedas pelo menos uma vez no ano (Siqueira F et al, 2007).

Num estudo realizado por Pereira R et al (2001) revela que 32% dos indivíduos entre os 65 e os 72 anos tem pelo menos uma queda por ano, 35% dos indivíduos entre os 75 e os 84 anos tem pelo menos uma queda por ano e 51% dos indivíduos acima dos

85 anos tem pelo menos uma queda por ano. Dentro da mesma faixa etária, existe uma maior frequência de quedas nas mulheres do que nos homens.

Mais de dois terços dos indivíduos que experimentaram uma queda cairão novamente nos seis meses subsequentes. As quedas têm relação causal com 12% de todos os óbitos na população geriátrica, são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais e constituem a 6ª causa de óbito em doentes com 65 anos ou mais (Saraiva D et al, 2008).

3 - Classificação das quedas

As quedas podem ser classificadas a partir da frequência com que ocorrem e do tipo de consequências que daí advêm. Assim podem ser definidas com acidentais ou recorrentes. A queda acidental é entendida como um evento único que dificilmente se voltará a repetir, motivado por uma causa extrínseca ao indivíduo geralmente caracterizado pela presença de um fator de risco ambiental danoso ou devido a atitudes de risco. Enquanto a queda recorrente tem presente fatores etiológicos intrínsecos ao indivíduo como as doenças crônicas, a polimedicação, as alterações do equilíbrio e défices sensoriais, entre outros (CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 2010).

Simpson J (2000) classificou as quedas, agrupando-as da seguinte forma: quedas ocasionais (relacionadas com fatores extrínsecos associados à situação), quedas intermitentes ou intercorrentes (quando se devem a alguma doença aguda ou a um distúrbio passageiro do sistema circulatório), quedas recidivantes (repete-se duas ou mais vezes no prazo de seis meses) e ainda casos de risco (incluem os indivíduos que ainda não caíram mas apresentam um alto risco de queda).

4 - Fatores de risco das quedas

Diversos fatores de risco são citados na literatura e compreendem tanto aspetos psicobiológicos quanto fatores ambientais (Costa S, 2010).

Os fatores determinantes de quedas na população idosa podem ser de natureza intrínseca (relacionados com a própria pessoa), ou de natureza extrínseca /relacionados com o ambiente e com práticas de risco) (CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 2010).

Os fatores intrínsecos, ou seja, aqueles que estão diretamente relacionados com o próprio indivíduo, incluem alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, doenças e efeitos causados pelo uso de fármacos. Dentro das alterações fisiológicas pode-se destacar: diminuição da visão, diminuição da audição, marcha senil, diminuição da capacidade funcional, aumento da incidência de condições patológicas (Saraiva D et al, 2008).

Existem vários estudos na literatura que traduzem o uso de fármacos como um fator de risco intrínseco significativo para a ocorrência de quedas.

Brito F e Costa S (2001) relatam que medicamentos como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados como propiciadores de episódios de quedas. Este facto deve-se a que estes medicamentos podem diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural. Segundo Coutinho E e Silva S (2002) medicamentos como os bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepinas e vasodilatadores associam-se a um aumento do risco de quedas, sendo tal facto atribuído a duas propriedades destes medicamentos: atividade sedativa e bloqueio alfa-adrenérgico. A primeira é responsável por alterações psicomotoras, enquanto que a segunda aumenta a possibilidade de ocorrer hipotensão postural.

Num estudo de Gurwitz J et al (2005) realizado em dezoito unidades de longa duração, em que 72% da população eram mulheres e 92% tinham 75 ou mais anos, foram identificadas 546 lesões relacionadas com medicação, sendo mais de metade preveníveis. Os medicamentos psicoactivos (antipsicóticos, antidepressivos, sedativos e hipnóticos) e os anticoagulantes, foram os mais associados com efeitos preveníveis – sedação, confusão, alucinações, delírio, quedas e hemorragias. Mais de 36% dos residentes usavam antidepressivos, 24% sedativos/hipnóticos e 17% antipsicóticos.

Segundo Lawlor D, Patel R & Ebrahim S (2003) é assumido que o número de doenças crónicas, o uso de tranquilizantes e antidepressivos, e a polimedicação se associam com o aumento do risco de quedas.

Do ponto de vista de Ziere G et al (2005) as quedas no idoso são comuns e muitas vezes serias, tendo como resultado a diminuição da capacidade funcional e internamentos em cuidados continuados. O risco de quedas aumenta com o número de

factores de risco, entre os quais a medicação. A polimedicação é considerada um fator de risco importante nas quedas dos idosos.

Num estudo realizado por Lawlor D, Patel R & Ebrahim S (2003) envolvendo mulheres dos 60 aos 79 anos, foi verificado que o risco de queda foi de 1,4 para o uso de 3 medicamentos e 1,7 para 4 ou mais medicamentos. Se for considerado o número de medicamentos considerados de risco, para o uso de 3 medicamentos o risco era de 1,3 e para 4 ou mais medicamentos o risco era de 2,5.

O envelhecimento aumenta o número de doenças crónicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo. Embora nem todos os idosos necessitem de medicação, a existência de várias doenças crónicas pode implicar a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, aumentando assim o risco (Galvão C, 2006).

O envelhecimento conduz a progressivas alterações farmacocinéticas (factores que afectam a concentração e distribuição dos fármacos) e farmacodinâmica (efeito dos fármacos nos órgãos e tecidos) (Galvão C, 2006).

Enquanto a absorção é completa mas lenta, a idade tem efeitos na distribuição, metabolismo e excreção de medicamentos. O volume de distribuição está reduzido pela massa muscular diminuída e pelo conteúdo total de água. Outra alteração típica relacionada com a idade é o aumento da massa adiposa, que age como depósito nos medicamentos lipofílicos (UMCCI, 2011).

Segundo Roehl B, Talet A & Parks S (2006) a potencia e duração dos medicamentos estão geralmente aumentadas devido à diminuição da função hepática e renal.

Têm sido criados diversos instrumentos para avaliação do uso de medicamentos inapropriados no idoso, sendo o mais frequentemente utilizado, os Critérios de Beers, sendo a primeira escala do início dos anos noventa e cuja ultima actualização data de 2002, sendo publicada no ano de 2003 (Soares M, Fernandez-Llimós F, Lança C, Cabrita J & Morais J, 2008).

Os Critérios de Beers são constituídos por dois quadros de medicamentos, uma vez que inclui 48 substâncias ou classes que são de evitar no doente idoso independentemente da patologia e contém também 20 situações clínicas e os medicamentos a evitar na sua presença, sendo que em ambas se classifica o grau de

inadequação das diferentes substâncias, em ligeiro ou elevado e as respetivas preocupações terapêuticas. A última atualização dos Critérios de Beers foi publicada em 2003, baseando-se nos de 1997, tendo incluído novos fármacos e incorporado informação mais atualizada disponível na literatura científica com reavaliação do grau de inadequação e identificação de novas situações clínicas ou considerações (Soares M, Fernandez-Llimós F, Lança C, Cabrita J & Morais J, 2008).

Estes critérios são para ser aplicados a doentes com 65 anos ou mais (UMCCI, 2008).

Os fatores extrínsecos, ou seja aqueles que dependem de circunstâncias sociais e ambientais e criam desafios ao indivíduo, incluem: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (fios, calçado, pequenos objetos), ausência de corrimãos em corredores e banheira, calçado inadequado, roupas largas e compridas, mobiliário inadequado (demasiado alto ou baixo, com rodas), ausência de tapetes de segurança no banho e ajudas técnicas em mau estado de conservação ou inadequadamente utilizadas (Saraiva D et al, 2008).

5 - Consequências das quedas

A consequência mais grave da queda é a morte, no entanto existem consequências de natureza física, psicológica e social que muito afetam o bem estar e qualidade de vida, sobretudo de indivíduos idosos (Saraiva D et al, 2008).

Segundo Sousa R (1999) se as consequências das quedas constituem uma problemática para as pessoas idosas tanto em termos físicos como em termos psicológicos, também são um problema para a sociedade implicando custos importantes, tornando-se assim indispensável investir na prevenção

Ruipérez I e Llorente P (1996) dividem as consequências físicas das quedas em: fraturas, contusões e feridas, hematomas, lesões neurológicas e sequelas de imobilização (associadas a longas permanências no chão). As consequências psicológicas das quedas são englobadas sob o nome de Síndrome Pós Queda, que se caracteriza por: medo de cair, perda de autonomia pessoal e auto-estima, alteração dos hábitos de vida anteriores, atitude superprotetora de familiares e cuidadores, depressão e ansiedade.

6 – Revisão de estudos

Através de um estudo realizado na UCCI da Irmandade da Nossa Senhora das Necessidades – Vila Nova de Poiares, de Fevereiro a Julho de 2011 onde foi utilizada a escala de Downton, foram apurados os seguintes resultados:

- 94,3% dos utentes apresentavam alto risco de queda e apenas 5,7% apresentaram baixo risco de queda;
- 81,1% dos utentes tomam entre 2 a 5 medicamentos diferentes;
- 9,4% dos utentes apresentavam deficit visual, 1,9% apresentavam deficit auditivo, 24,5% apresentavam deficit nas extremidades, 54,7% dos utentes apresentavam dois ou mais défices sensoriais e apenas 9,4% dos utentes não apresentavam deficit;
- No que respeita ao estado mental, 41,5% dos utentes foram caracterizados como desorientado e 58,5% como orientado;
- Relativamente ao tipo de deambulação 71,7% apresentavam marcha impossível, 18,9% apresentavam uma marcha insegura com ou sem ajuda, 7,5% dos utentes apresentavam marcha segura com ajuda e apenas 1,9% apresentavam uma marcha normal (Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I, 2011).

Através da realização de um estudo quantitativo descritivo na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação – Naturidade. A população estudada era constituída por 61 utentes, 34 do género feminino e 27 do género masculino, internados na unidade no período de 1 de Setembro de 2010 a 30 de Abril de 2011, tendo sido a avaliação realizada através da escala de Morse. A variação de idades da população estudada englobava-se nos seguintes intervalos: 0,61% dos utentes apresentavam idade inferior a 35 anos, entre os 35 e os 54 anos 4,92%, entre os 55 e os 74 anos 22,95% e 75 anos ou mais 70,49% dos utentes. Durante o decorrer do estudo ocorreram 5 quedas, 3 das quais apresentavam uma avaliação de alto risco de queda e 2 de baixo risco de queda segundo a escala de Morse (Neves J, Rebola R, Santos D, Fernandes M & Caldeira C, 2011).

Em outro estudo de natureza quantitativa, com desenho de investigação descritivo, analítico e com carácter longitudinal. A recolha de dados foi realizada 16 de Janeiro a 30 de Maio de 2008 em idosos residentes em 3 lares e um centro de dia do distrito de Bragança. A amostra é constituída por 64 indivíduos, sendo que mais de $\frac{3}{4}$ da

população pertencem ao sexo feminino. A idade média apresentada é de 82 anos e na sua maioria apresentam o estado civil de viúvos.

Cerca de metade são semi-dependentes nas suas AVD e cerca de $\frac{1}{4}$ são dependentes. As doenças maioritariamente encontradas foram: hipertensão arterial, miopia, tonturas e artroses. Os fármacos mais tomados eram: anti-hipertensores, psicofármacos, anticoagulantes, diuréticos e digitálicos. Dentro da amostra estudada o número médio de quedas foi de 2,41, o que corresponde a uma taxa média de incidência de 75 quedas por 100 idosos/ano (Fernandes A, Miguel T & Pereira F, 2010).

Num estudo realizado em Campinas no Brasil, com uma amostra de 56 indivíduos institucionalizados, foram apresentados os seguintes resultados:

- 51,8% dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino e 48,2% pertenciam ao sexo feminino;
- Quanto à faixa etária, 39,3% tinham idades compreendidas entre 60 – 69 anos, 32,1% entre 70 – 79 anos e 28,6% com 80 anos ou mais;
- 60,7% dos indivíduos não apresentaram relato de quedas, 23,2% apresentavam relato de uma queda e 16,1% apresentavam relato de duas ou mais quedas (Borges F, 2007).

Numa pesquisa exploratória quantitativa, realizada numa unidade básica de saúde em Maringá, Brasil, com uma amostra composta por 29 indivíduos foram apurados os seguintes dados:

- Quanto ao género 55,17% dos indivíduos pertenciam ao sexo feminino e 44,83% pertenciam ao sexo masculino;
- 52% dos indivíduos tinham a sua idade compreendida entre os 60 e os 70 anos, 31% entre os 71 e os 80 anos e 17% entre os 81 e os 90 anos de idade;
- 17,24% dos indivíduos eram analfabetos, 37,94% tinham a primária incompleta, 17,24% tinham a primária completa, 17,27% tinham o 1º grau incompleto, 6,82% tinham o 2º grau incompleto e 3,45% tinham o 2º grau completo;
- 41,38% dos indivíduos eram casados, 44,84% eram viúvos, 6,90% divorciados, 3,44% viviam em união de facto e 3,44% era, solteiros;

- De entre as patologias identificadas destaca-se a hipertensão (59%), diabetes (23%), depressão (9%) e AVC (9%);
- De acordo com a avaliação do índice de Katz, 45% dos indivíduos eram independentes na realização das suas AVD, 31% apresentavam dependência parcial e 24% apresentavam dependência importante para realizar as tarefas básicas do quotidiano (Cassaro D, Costa V, Santos A & Crepaldi S).

Em outro estudo realizado por Miranda V, Mota V & Borges M (2010), com uma amostra de 17 indivíduos, foi registado um maior número de quedas nos indivíduos do sexo masculino, em que 77% já tinham caído pelo menos uma vez. Do total da amostra 76% dos indivíduos já tinham caído pelo menos uma vez e os fatores de risco mais presentes foram o comprometimento visual e vertigem.

Num estudo realizado por Nogueiro A, Novo A, Branco D, Mendes E & Preto L (2010), numa amostra constituída por 40 indivíduos (36 homens e 4 mulheres) a idade variou entre os 65 e os 88 anos, houve um predomínio das patologias do foro respiratório (37,5%) e do foro cardíaco (25%). De todos os indivíduos observados 95% encontravam-se polimedicados, consumindo diariamente, e em média, 8,2 fármacos diferentes.

Noutro estudo encontrado na literatura existente, realizado no Rio Grande do Sul, com uma amostra de 30 indivíduos (20 do sexo feminino e 10 do sexo masculino), foi constatado que 13 indivíduos apresentaram quedas no último ano, sendo que desses 9 tinham idades compreendidas entre 70 e 79 anos e 11 eram mulheres. Dos constituintes da amostra 12 faziam uso de diuréticos, 10 faziam uso de anti-hipertensores e 16 faziam uso de outros medicamentos (Santos S, Valcarenchi R, Silva M, Gautério D & Rosa B, 2011).

Num estudo retrospectivo, descritivo e transversal realizado no Centro Hospitalar da Cova da Beira, numa amostra de 11790 doentes, em que foram registadas 182 quedas (82 em indivíduos do sexo feminino e 100 do sexo masculino). O maior número de quedas verificou-se no grupo com idades compreendidas entre 75 e 85 anos e maioritariamente nos indivíduos pertencentes ao sexo masculino (54,9%) (Pina S et al, 2010).

Na Revista Latino Americana de Enfermagem, apresenta-se um estudo de coorte prospectivo com uma amostra de 97 pacientes (49 do sexo masculino e 48 do sexo feminino), em que 9 pacientes apresentavam alterações do nível de consciência e 43 apresentavam alterações da acuidade visual; 46 pacientes faziam uso de antihipertensores e 63 faziam uso psicotrópicos. Dos pacientes analisados 21 apresentavam história prévia de queda (Diccini S, Pinho P & Silva F, 2008).

De entre os documentos apresentados pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, pode destacar-se o relatório final: resultados da região norte, tipologias e instituições, mas também o relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados 2010.

Referente ao primeiro documento pode destacar-se os seguintes dados:

- A faixa etária mais frequente foi 65 – 85 anos;
- Houve uma maior taxa de ocupação por parte dos utentes do sexo feminino (55,9%);
- De acordo com a avaliação do índice de ktaz no momento da admissão 39,8% dos utentes eram classificados como incapazes, 55,3% como dependentes, 2,9% como autónomos e 2,0% como independentes. No momento da alta 17,4% dos utentes eram classificados como incapazes, 38,8% como dependentes, 25,5% como autónomos e 18,3% como independentes (UMCCI, 2011).

Referente ao segundo documento pode destacar-se os seguintes dados:

- A nível nacional 90% dos utentes referenciados tiveram como motivo dependência nas AVD e 59% reabilitação;
- Os diagnósticos presentes foram patologias oncológicas (77,5%), patologias neurodegenerativas (13,5%), patologias cardiovasculares (2,9%) e patologias respiratórias (5,1%);
- Dos utentes pertencentes ao sexo feminino 2% tinham idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, 6% entre os 50 e os 64 anos, 21% entre os 65 e os 79 anos e 25% tinham 80 anos ou mais;
- Dos utentes pertencentes ao sexo masculino 4% tinham idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, 9% entre os 50 e os 64 anos, 19% entre os 65 e os 79 anos e 15% tinham 80 anos ou mais;

- 79,4% dos utentes referenciados durante o ano de 2010 tinham mais de 65 anos de idade;
- No que se refere ao estado civil 13% dos utentes eram solteiros, 49% casados, 5% divorciados, 32% viúvos e 1% apresentavam outro estado não especificado;
- No que diz respeito às qualificações académicas 28% dos utentes eram analfabetos, 61% tinham 1 a 6 anos de escolaridade, 9% tinham 7 a 12 anos de escolaridade e 2% tinham 13 ou mais anos de escolaridade;
- 43% dos utentes referenciados necessitavam de apoio para se alimentarem, 42% necessitavam de ajuda na concretização da sua higiene e 33% necessitavam de ajuda na toma da sua medicação;
- Os utentes incapazes e dependentes na admissão representavam 95% do total de utentes;
- Nas unidades de internamento da RNCCI foi verificado que a prevalência de quedas foi de 24%, decrescendo desde 2008 em que a prevalência de quedas era de 37% (UMCCI, 2011).

As quedas são um risco real, apresentando-se como uma das principais causas de alterações do estilo de vida e da funcionalidade para o desempenho das atividades de vida diária. Vários são os estudos que associam um aumento do número de quedas à população idosa, sendo associados como causas dessas a diminuição da funcionalidade, a polimedicação e o estado cognitivo.

PARTE 2 : CONTRIBUIÇÃO EMPIRICA

Capítulo III – Metodologia

Neste capítulo procura-se definir as estratégias para estudar o problema do risco de quedas nos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu através da análise da Escala de Morse e da Escala de Downton.

Deste modo e tendo por base a conceptualização teórica elaborada serão definidos os procedimentos metodológicos que permitiram responder às questões de investigação formuladas. Deste modo será descrito e explicado o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, o instrumento de colheita de dados utilizado e os procedimentos estatísticos a realizar.

1– Objetivos e hipóteses de investigação

Segundo Sousa R (1999) as quedas constituem um problema para as pessoas idosas tanto em termos físicos como em termos psicológicos, mas também são um problema para a sociedade implicando custos importantes, tornando-se assim indispensável investir na sua prevenção. De modo a planejar uma prevenção sustentável torna-se de extrema importância avaliar o risco de queda. Este risco pode ser avaliado segundo várias escalas, para o estudo a realizar foram analisadas a Escala de Morse e a Escala de Downton.

Neste sentido delineou-se um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas inquietudes que esta problemática suscita, ou seja:

- Determinar os fatores de risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu.
- Avaliar o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;
- Comparar a Escala de Morse e a Escala de Downton, avaliando ambas os risco de queda.

Face aos objetivos descritos, equacionam-se as seguintes hipóteses:

H1 – A idade influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H2 – O género influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H3 – O número de medicamentos tomados influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H4 – A diminuição da acuidade auditiva influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H5 – A diminuição da acuidade visual influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H6 – A necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H7 – O estado cognitivo influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu;

H8 – Relação entre as variáveis independentes (orientação no tempo, orientação no espaço, estado cognitivo, funcionalidade, idade e género) e o índice global da Escala de Downton;

H9 - Relação entre as variáveis independentes (orientação no tempo, orientação no espaço, estado cognitivo, funcionalidade, idade e género) e o índice global da Escala de Morse.

2 - Tipo de investigação

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade. (Fortin M, 2009)

No entanto, a metodologia a adotar num processo de investigação não é uma receita universalmente geradora de autenticidade, esta deve constituir um procedimento

racional e sistemático que tenha como objetivo proporcionar respostas ou soluções aos problemas propostos, utilizando processos científicos. (Burns N e Grove S, 2004)

No que concerne ao tipo de investigação estamos perante um estudo quantitativo, descritivo - correlacional, transversal e não experimental.

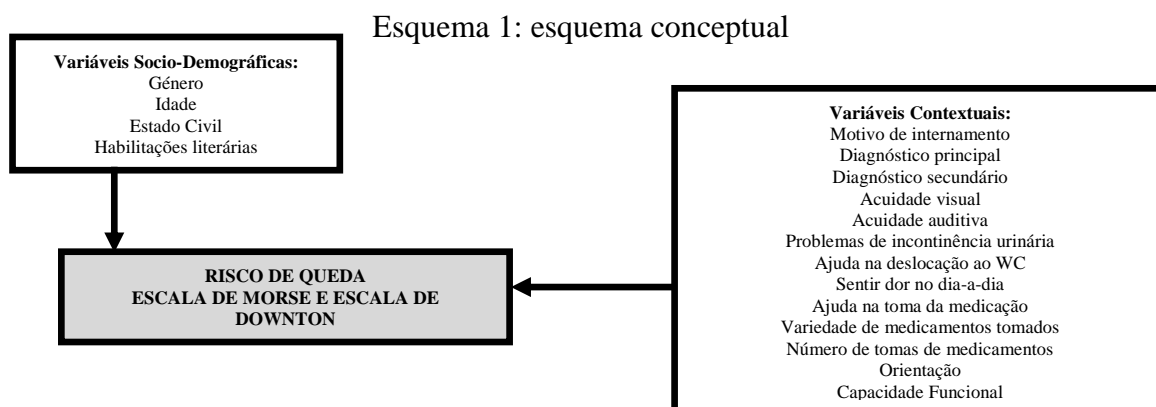
Trata-se de um estudo quantitativo, na medida em que este tem como finalidade descrever, verificar as relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação de variáveis independentes. Contribui, ainda, para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo a possibilidade de generalização dos resultados, de prever e controlar os acontecimentos. (Fortin M, 2009)

Trata-se de um estudo descritivo – correlacional já que, num estudo correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relação entre as variáveis, com vista a descrever essas relações (Polit D, Beck C & Hungler B, 2004).

Quanto ao sentido em que decorre o estudo, podemos considerá-lo como transversal, pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir desde algum tempo no passado ou, por fim de ser uma característica do indivíduo. Este tipo de estudo é adequado, porque os indivíduos serão avaliados num período de tempo determinado e momento específico (Campana A, 2001).

Este é ainda um estudo não – experimental pois trata-se de um estudo no qual não existe intervenção no grupo inquirido, isto é, não é possível manipular variáveis ou designar sujeitos ou condições aleatoriamente (Polit D, Beck C & Hungler B, 2004).

3 - Esquema conceptual



4 - Tipo de amostra

No estudo a realizar é utilizada a técnica de amostragem não probabilística uma vez que consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população. (Fortin M, 2009); sendo também uma amostra accidental ou de conveniência, uma vez que são o local e o momento que determinam a escolha dos indivíduos. (Fortin M, 2009)

São critérios de inclusão na amostra:

- Estar internado nas unidades de cuidados continuados integrados de Santa Comba Dão, Mortágua, Santar, Aguiar da Beira, Vouzela, Oliveira de Frade e Resende

São critérios de exclusão na amostra:

- No que diz respeito à aplicação dos Critérios de Beers de medicamentos inapropriados para o idoso, apenas de incluem os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

A amostra do estudo em causa é constituída por 162 indivíduos. Todos os questionários realizados foram considerados válidos, tendo sido obtida resposta para todos os itens passíveis de serem analisados. Contudo, em algumas variáveis em estudo foram detetadas não repostas “missings” que nunca atingiram 20% , valor que segundo Pestana M e Gageiro J (2005) se recomenda a análise específica, pelo que não se procedeu ao tratamento específico uma vez que tais percentagens não propiciam o enviesamento dos resultados.

4.1 - Caracterização socio-demográfica da amostra

A amostra foi constituída por 162 indivíduos, das unidades de cuidados continuados integradas das misericórdias de Santa Comba Dão, Mortágua, Santar, Aguiar da Beira, Vouzela, Oliveira de Frade e Resende.

A amostra é constituída por um conjunto de 77 homens e 85 mulheres, totalizando 162 indivíduos. A idade mínima verificada na amostra foi de 36 anos e a idade máxima foi de 100 anos, com uma idade média de 74,85 e um desvio padrão de 17,160.

Para o género masculino a idade mínima é de 36 anos e a idade máxima é de 96 anos. Para o género feminino a idade mínima é de 44 anos e a idade máxima é de 100 anos.

Em média os indivíduos do género feminino são mais velhos (Média= 78,62) que os indivíduos do género masculino (Média = 70,68).

Quanto à assimetria apresenta-se uma distribuição assimétrica positiva e quanto ao achatamento apresenta-se uma distribuição leptócurtica. Os coeficientes de variação referentes a cada um dos sexos indicam uma distribuição com uma dispersão moderada.

A amostra apresenta uma distribuição normal, o que se verifica através do resultado do teste de Kolmogorov-Smirnov ($KW = 0,140$ e $p = 0,000$).

Tabela 1: distribuição da amostra por idade e género

Género/Idade	Mín	Máx	Média	s	CV	Sk	Sk/error	K	K/error
Masculino	36	96	70,68	14,608	20,668	-,754	-2,751	-,148	-,274
Feminino	44	100	78,62	9,630	12,249	-,825	-3,160	1,792	3,466
Total	36	100	74,85	12,844	17,160	-1,039	-5,439	1,017	2,683

No grupo com idade igual ou inferior a 64 anos encontram-se 27 indivíduos (20 indivíduos do género masculino e 7 indivíduos do género feminino) e no grupo com idade igual ou superior a 65 anos encontram-se 135 indivíduos (57 indivíduos do género masculino e 78 indivíduos do género feminino).

Encontraram-se diferenças estatísticas significativas entre a idade e o sexo ($X^2 = 9,153$ e $p = 0,002$)

Tabela 2: distribuição segundo o grupo etário

	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
≤ 64 anos	20	26,0	7	8,2	27	16,7	3,0	-3,0
≥ 65 anos	57	74,0	78	91,8	135	83,3	-3,0	3,0
Total	77	100	85	100	162	100		

No que diz respeito ao estado civil pode-se constatar que 61 (37,7%) dos indivíduos são casados/união de facto, 54 (33,3%) viúvos, 34 (21,0%) solteiros e 13 (8,0%) divorciados/união de facto. Existem diferenças estatísticas significativas entre o estado civil e o sexo ($X^2 = 13,410$ e $p = 0,004$).

Tabela 3: distribuição segundo o estado civil

Estado Civil	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Solteiro	18	23,4	16	18,8	34	21,0	0,7	-0,7
Casado/União de Facto	31	40,3	30	35,3	61	37,7	0,7	-0,7
Divorciado/Separado	11	14,3	2	2,4	13	8,0	2,8	-2,8
Viúvo	17	22,1	37	43,5	54	33,3	-2,9	2,9
Total	77	100	85	100	162	100		

Em relação às habilitações literárias foi verificado que a maioria dos indivíduos 88 (54,3%) possui o 1º ciclo escolar, seguidamente nota-se um maior número de indivíduos que não sabe ler nem escrever (37%), sendo que apenas 4 indivíduos possuem o 3º ciclo escolar ou mais.

Verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre a variável habilitações literárias e a variável sexo ($X^2 = 11,545$ e $p = 0,009$)

Tabela 4: distribuição segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não sabe ler nem escrever	22	28,6	38	44,7	60	37,0	-2,1	2,1
1º ciclo	43	55,8	45	52,9	88	54,3	0,4	-0,4
2º ciclo	8	10,4	2	2,4	10	6,2	2,1	-2,1
3º ciclo ou mais	4	5,2	0	0	4	2,5	2,1	-2,1
Total	77	100	85	100	162	100		

5- Instrumento de colheita de dados

Antes de iniciar uma colheita de dados, o investigador deve verificar se o instrumento de medida escolhido é capaz de recolher a informação necessária para responder à natureza do problema de investigação. Para isso deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, assim como as vantagens e inconvenientes de cada um.

Assim sendo, os dados podem ser colhidos de variadas formas. Podem colher-se dados factuais com o auxílio de entrevistas e de questionários, avaliar características psicossociais com a ajuda de escalas de medida, ou ainda apreciar situações por observações diretas. Deste modo cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo do estudo, às suas questões de investigação ou às suas hipóteses. (Fortin M, 2009)

Neste estudo, optou-se pela aplicação de um questionário (anexo 1) para a colheita de dados, no qual foram incluídas escalas. A escolha deste instrumento baseou-se nas vantagens que ele apresenta, entre as quais é de salientar: ser um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados junto de um grande número de pessoas distribuídas num vasto território; ter uniformidade da apresentação e das diretivas, o que assegura uma constância de um questionário para o outro e, por este facto a fidelidade do instrumento, o que torna possíveis as comparações entre os respondentes. (Fortin M, 2009)

A ordem pela qual o questionário e as escalas se apresentam obedece à seguintes disposição: dados pessoais, motivo de internamento, diagnósticos, capacidade visual e auditiva, problemas de incontinência, necessidade de ajuda na deslocação, dor, medicação tomada, risco de queda, capacidade funcional e estado cognitivo.

O questionário permitiu recolher dados relevantes para a caracterização da amostra. A primeira parte é dedicada à caracterização socio-demográfica; seguindo-se uma segunda parte em que se colhem dados relativos ao motivo de internamento, aos diagnósticos, às necessidades sentidas no dia-a-dia e os medicamentos tomados. Numa terceira parte é avaliado o risco de queda, numa quarta parte é avaliada a capacidade funcional e numa quinta e última parte é avaliado o estado cognitivo.

Parte I

Esta secção é composta por quatro questões que permitem colher informação acerca da idade, género, estado civil e habilitações literárias.

Parte II

Esta secção é composta por doze questões que têm por finalidade recolher informação acerca do motivo de internamento, diagnósticos apresentados, necessidades sentidas no dia-a-dia (diminuição acuidade visual, diminuição acuidade auditiva, problemas de incontinência urinária, necessidade de ajuda na deslocação ao WC, necessidade uso de meio auxiliar de marcha, dor sentida, necessidade de ajuda na toma da ,medicação) e medicação tomada (número de medicamentos tomados, tipo de medicação tomada).

No que diz respeito aos critérios usados para o tratamento das variáveis motivo de internamento, diagnóstico principal e diagnóstico secundário, a sua classificação foi baseada na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde (CID – 10), aprovados para Portugal pela deliberação nº131/97 de 27 de Julho, publicada no Diário da República II Série nº 166 e a sua utilização verificou-se a partir do dia 1 de Janeiro de 1998.

Pode ler-se na deliberação nº131/97 de 27 de Julho que a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde é a última de uma série que se iniciou em 1983 com a classificação de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte. Quando a classificação foi atualizada, houve a preocupação de agrupar as afeções de tal forma que pudesse ser utilizada para estudos

epidemiológicos e para a avaliação dos cuidados de saúde. Ao longo da classificação podem observar-se os seguintes capítulos: Algumas Doenças infecciosas e parasitárias; Tumores / Neoplasias; Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e algumas alterações do sistema imunitário; Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; Perturbações mentais e de comportamento; Doenças do sistema nervoso; Doenças do olho e anexos; Doenças do ouvido e da apófise mastoideia; Doenças do aparelho circulatório; Doenças do aparelho respiratório; Doenças do aparelho digestivo; Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo; Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo; Doenças do aparelho geniturinário; Gravidez, parto e puerpério; Algumas afeções originadas no período perinatal; Malformações congénitas e anomalias cromossómicas; Sintomas, sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; Lesões traumáticas, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; Causas externas de morbilidade e mortalidade; Fatores que influenciam o estado de saúde e motivos de contacto com os serviços de saúde.

No que diz respeito ao tratamento da variável variedade de medicamentos tomados foram usados os Critérios de Beers, que visam avaliar o uso de medicamentos inapropriado no idoso. Para o estudo em causa optou-se pelo uso de um quadro de medicamentos que inclui 48 substâncias ou classes que são de evitar no idoso, classificando-as de acordo com o grau de inadequação em ligeiro ou elevado. Estes critérios são apenas aplicados ao indivíduos com 65 anos ou mais.

Parte III

Esta parte do questionário engloba duas escalas relativas à avaliação do risco de queda, a Escala de Morse e a escala de Downton.

- Escala de Morse

Um dos instrumentos mais citados na literatura é a escala de morse. A escala é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que oscila entre 0 e 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida o utente é classificado num nível de risco:

Sem risco – pontuação entre 0 e 24 pontos, baixo risco – pontuação entre 25 e 50 pontos, alto risco – pontuação igual ou superior a 51. (Costa S, 2010)

- Escala de Downton

É uma forma de quantificar o risco de queda, em que são abordadas questões como: quedas anteriores (sim ou não), uso de medicamentos (tranquilizantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonicos, antidepressivos), défices sensoriais (alterações visuais e alterações auditivas), estado mental (orientado, desorientado) e deambulação (segura com ajuda, insegura com ajuda ou sem ajuda, impossível). Obtendo-se uma soma de três pontos ou mais o utente apresenta risco de queda. (Biazus M, Balbinot N & Wibeling L, 2010)

Parte IV

Esta parte do questionário engloba a avaliação da capacidade funcional dos indivíduos através da aplicação do Índice de Katz.

- Índice de Katz

O índice de Katz é um índice de independência nas atividades de vida diária, desenvolvido por Sidney Katz para a avaliação funcional dos indivíduos em seis diferentes atividades: tomar banho, vestir-se, higiene, deslocar-se, continência e alimentar-se. (Duarte Y, Andrade C & Lebrão M, 2007)

As respostas dadas a estas seis funções permitem classificar o utente em sete grupos distintos, associando a dependência/independência a letras, contendo ainda uma categoria adicional que não é associada a nenhuma letra, conforme é descrito no seguinte quadro:

Quadro 2: Caracterização da funcionalidade de acordo com o índice de Katz

Índex	Tipo de Classificação
A	Independente em todas as atividades
B	Independente em todas as atividades menos uma
C	Independente em todas as atividades menos no banho e mais uma função adicional
D	Independente em todas as atividades menos no banho, vestir-se e mais uma função adicional
E	Independente em todas as atividades menos no banho, vestir-se, utilização do WC e mais uma função adicional
F	Independente em todas as atividades menos no banho, vestir-se, utilização do WC, mobilidade e mais uma função adicional
G	Dependente em todas as atividades
H	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classifiquem em C,D,E e F

Fonte: O indez de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos; Duarte Y, Andrade C & Lebrão M, 2007)

Outro modo de aplicar este índice é através da sua cotação através de uma escala de Likert, correspondendo a cada item a seguinte cotação:

Independente: 1 ponto, necessita de ajuda: 2 pontos, dependente: 3 pontos.

Deste forma e de acordo com o somatório obtido da classificação de cada um dos seis itens do índice o grau de funcionalidade para a realização das atividades de vida diárias (AVD) pode ser feito do seguinte modo:

Inferior ou igual a 6 pontos: independente, entre 7 e 10 pontos: parcialmente dependente, entre 11 e 16 pontos: dependente, superior a 16 pontos: totalmente dependente. (Quaresma I, 2008)

Parte V

Nesta última parte engloba-se uma questão, subdividida em 10 alíneas, que tem por objetivo avaliar o estado cognitivo de cada elemento que compõe a amostra.

- Estado cognitivo

Escala retirada do método de avaliação biopsicossocial, adotado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Escala composta por um conjunto de dez questões (ano, mês, dia do mês, estação do ano, dia da semana, país, distrito, terra, casa e andar). As primeiras cinco perguntas são referentes à orientação no tempo e as cinco últimas perguntas são referentes à orientação no espaço.

A cada resposta certa é atribuída a pontuação de 3 e a cada resposta errada, não respondida ou que não sabe é atribuída a pontuação de 0.

A classificação referente à orientação no tempo calcula-se através da soma da pontuação das cinco primeiras respostas e dividindo esse valor por cinco. A classificação referente à orientação no espaço funciona de igual forma utilizando-se para este cálculo a soma das cinco últimas perguntas.

De acordo com o resultado, tanto a orientação no tempo como a orientação no espaço, são classificadas da seguinte forma: 0 a 0,9 pontos: má, 1 a 1,9 pontos: insatisfatória, 2 a 2,9 pontos: satisfatória, 3 pontos: orientado no tempo ou orientado no espaço.

A classificação referente ao estado cognitivo calcula-se através da soma da pontuação da orientação no tempo e da orientação no espaço e divide-se por dois.

De acordo com o resultado o estado cognitivo classifica-se da seguinte forma: 0 a 0,9 pontos: mau, 1 a 1,9 pontos: insatisfatório, 2 a 2,9 pontos: satisfatório, 3 pontos: bom. (UMCCI)

6– Procedimentos

Para o estudo realizado recorreu-se a uma amostragem que teve por base os utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados de Santa Comba Dão, Mortágua, Santar, Aguiar da Beira, Vouzela, Oliveira de Frade e Resende nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2012.

Antes de se proceder à aplicação do questionário, de modo a regular a atuação em todo o processo de investigação de uma rigorosa conduta ética, foi elaborado um pedido de autorização formal a cada Provedor da Santa Casa da Misericórdia a que cada unidade pertence.

Houve o compromisso de que seria garantida a completa confidencialidade dos resultados, sendo todo o trabalho desenvolvido para que não perturba-se o normal funcionamento da instituição.

7– Análise dos dados

Após a colheita de dados, e para que um estudo de investigação tenha validade, é de extrema importância a interpretação e processamento dos dados.

O tratamento estatístico tem início com a colheita de dados prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados, processando-se o estudo através da análise descritiva e inferencial.

É através do uso de métodos estatísticos e analisando os dados que se pode apresentar resultados estatísticos coerentes, produzindo informação quantitativa, expressiva e compreensível de forma a responder às questões de investigação.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5%. Este nível de significância permite afirmar, caso se verifique, com uma “certeza” de 95%, a validade da hipótese em estudo.

O tratamento dos dados foi feito informaticamente através do programa SPSS 20, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

- $p \geq 0,05$ - diferença estatística não significativa;
- $p < 0,05$ - diferença estatística significativa;
- $p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se entre o coeficiente entre SK e o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2 estamos perante uma distribuição simétrica. Se SK/EP for inferior a -2 estamos perante uma assimetria negativa com enviesamento à direita. Mas se SK/EP for superior a 2 estamos perante uma assimetria positiva com enviesamento à esquerda. (Pestana M e Gageiro J, 2005)

Para a medida de achatamento curtose (K) o resultado também é obtido do coeficiente entre K e o erro padrão (EP). Se K/EP oscilar entre -2 e 2 estamos perante uma distribuição mesocurtica, se K/EP apresentar valores inferiores a -2 estamos perante uma distribuição platicurtica. Mas se K/EP apresentar valores superiores a 2 estamos perante uma distribuição leptocurtica. Conforme o recomendado para todas as variáveis de natureza quantitativa foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov, Skewness e Kurtosis. (Pestana M e Gageiro J, 2005)

Teste de Kolmogorov-Smirnov – é usado para decidir se a distribuição da variável sob estudo numa determinada amostra provém de uma população com uma distribuição específica, estando apenas em interesse testar se a distribuição tem ou não uma distribuição normal. (Maroco J, 2010)

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana M e Gageiro J (2005), da seguinte forma: dispersão baixa quando os valores estão compreendidos entre 0% - 15%, dispersão moderada quando os valores se encontram entre 16% - 30% e dispersão alta quando os valores são superiores a 30%.

No que respeita à estatística inferencial foi feito uso tanto de testes paramétricos como de testes não paramétricos, destacando-se os seguintes testes:

Teste t de Student ou Teste de U-Mann-Whitney (UMW) – comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

Análise de variância a um fator (ANOVA) – para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes, isto é, analisa o efeito de um fator na variável quantitativa, testando se as médias da variável quantitativa em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste de One-Way ANOVA é uma extensão do teste t de student que permite comparar mais de dois grupos em estudo quando se testa a igualdade de mais que duas médias e, dependendo, da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si. (Pestana M e Gageiro J, 2005)

Regressão é um modelo estatísticos que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, permite-nos determinar quais as variáveis independentes (X) que são preditoras da variável dependente (Y). Quando e utilizada apenas uma variável dependente e uma variável independente, efetuamos uma regressão linear simples. Mas quando é comparada uma variável dependente com mais que uma variável independente efetuamos uma regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente. 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 teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana M e Gageiro J (2005) sugerem que:

$r < 0,2$ – associação muito baixa

$0,2 \leq r \leq 0,39$ – associação baixa

$0,4 \leq r \leq 0,69$ – associação moderada

$0,7 \leq r \leq 0,89$ – associação alta

$0,9 \leq r \leq -$ 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 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 à relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1,96 e 1,96, para $p = 0,05$ (Pestana M e Gageiro J, 2005)

Teste de Kruskal–Wallis – aplicado a variáveis de nível ordinal, sendo também uma alternativa ao teste de One-Way ANOVA utilizado quando não se encontram reunidos a normalidade e a igualdade de variâncias. (Pestana M e Gageiro J, 2005)

Os resultados encontrar-se-ão em tabelas seguindo-se o respetivo relato de modo a permitir uma melhor compreensão e discussão dos dados. Foi omitido o local, data e fonte das tabelas, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados. A descrição e análise procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Capítulo IV – Resultados

1 – Análise descritiva

Na análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos, tendo como objetivos sintetizar os dados e descrever as variáveis de interesse.

Neste capítulo apresenta-se os dados resultantes da aplicação do questionário à amostra selecionada.

Caracterização da amostra quanto ao motivo de internamento e patologias apresentadas

Em relação ao motivo de internamento pode verificar-se através da tabela 5 que o maior número de indivíduos se aglomera no grupo das doenças 61,7%, sendo que no grupo Descanso do Cuidador/Dependência nas AVD e no grupo Reabilitação os indivíduos distribuem de igual modo (19,1%).

Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a variável motivo de internamento e a variável género ($X^2 = 5,262$ e $p = 0,072$).

Tabela 5: distribuição segundo o motivo de internamento e o género

Motivo de internamento	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Doenças	48	62,3	52	61,2	100	61,7	0,2	-0,2
Descanso do Cuidador/Dependência nas AVD	10	13,0	21	24,7	31	19,1	-1,9	1,9
Reabilitação	19	24,7	12	14,1	31	19,1	1,7	-1,7
Total	77	100	85	100	162	100		

Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a variável motivo de internamento e a variável idade ($X^2 = 2,882$ e $p = 0,237$).

Tabela 6: distribuição segundo o motivo de internamento e a idade

Motivo de internamento	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Doenças	19	70,4	81	60,0	100	61,7	1,0	-1,0
Descanso do Cuidador/Dependência nas AVD	2	7,4	29	21,5	31	19,1	-1,7	1,7
Reabilitação	6	22,2	25	18,5	31	19,1	0,4	-0,4
Total	27	100	135	100	162	100		

Aparelho Respiratório								
Sem doenças do AR	69	89,6	82	96,5	151	93,2	-1,7	1,7
Com doenças do AR	8	10,4	3	3,5	11	6,8	1,7	-1,7
Doenças do Aparelho Digestivo								
Sem doenças do AD	76	98,7	85	100	161	99,4	-1,1	1,1
Com doenças do AD	1	1,3	0	0,0	1	0,6	1,1	-1,1
Doenças da Pele								
Sem doenças da pele	72	93,5	83	97,6	155	95,7	-1,3	1,3
Com doenças da pele	5	6,5	2	2,4	7	4,3	1,3	-1,3
Doenças do Sistema Ósteo-Muscular								
Sem doenças do SOM	75	97,4	84	98,8	159	98,1	-0,7	0,7
Com doenças do SOM	2	2,6	1	1,2	3	1,9	0,7	-0,7
Doenças do Aparelho Geniturinário								
Sem doenças do AG	76	98,7	85	100	161	99,4	-1,1	1,1
Com doenças do AG	1	1,3	0	0,0	1	0,6	1,1	-1,1
Malformações Congénitas e Anomalias Cromossômicas								
Sem MCAC	76	98,7	85	100	161	99,4	-1,1	1,1
Com MCAC	1	1,3	0	0,0	1	0,6	1,1	-1,1
Lesões Traumáticas								
Sem lesão traumática	70	90,9	70	82,4	140	86,4	1,6	-1,6
Com lesão traumática	7	4,3	15	17,6	22	13,6	-1,6	1,6
Outros motivos								
Sem outros motivos	72	93,5	81	95,3	153	94,4	-0,5	0,5
Com outros motivos	5	6,5	4	4,7	9	5,6	0,5	-0,5
Total	77	100	85	100	162	100		

No diagnóstico secundário foram agrupadas as patologias de acordo com a 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde, já atrás mencionada. Dentro dos grupos encontrados destacam-se as doenças do aparelho circulatório com 79 (48,8%) indivíduos e as doenças endócrinas com 40 (24,7%) indivíduos. 12 (7,4%) indivíduos apresentam doenças mentais, 10 (6,2%) apresentam doenças do aparelho respiratório e apenas um indivíduo apresenta patologia associada a doenças do aparelho digestivo.

Tabela 8: distribuição segundo o diagnóstico secundário

	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Doenças Endócrinas								
Sem doenças endócrinas	61	79,5	61	71,8	122	75,3	1,1	-1,1
Com doenças endócrinas	16	20,8	24	28,2	40	24,7	-1,1	1,1
Doenças Mentais								
Sem doenças mentais	73	94,8	77	90,6	150	92,6	1,0	-1,0
Com doenças mentais	4	5,2	8	9,4	12	7,4	-1,0	1,0
Doenças do Sistema Nervoso								
Sem doenças do SN	65	84,4	75	88,2	140	86,4	-0,7	0,7
Com doenças do SN	12	15,6	10	11,8	22	13,6	0,7	-0,7
Doenças dos Olhos								
Sem doenças dos olhos	75	97,4	84	98,8	159	98,1	-0,7	0,7
Com doenças dos olhos	2	2,6	1	1,2	3	1,9	0,7	-0,7
Doenças do Aparelho Circulatório								
Sem doença do AC	42	54,5	41	48,2	83	51,2	0,8	-0,8
Com doença do AC	35	45,5	44	51,8	79	48,8	-0,8	0,8
Doenças do Aparelho Respiratório								
Sem doenças do AR	72	93,5	80	94,1	152	93,8	-0,2	0,2
Com doenças do AR	5	6,5	5	5,9	10	6,2	0,2	-0,2
Doenças do Aparelho Digestivo								
Sem doenças do AD	76	98,7	85	100	161	99,4	-1,1	1,1
Com doenças do AD	1	0,6	0	0,0	1	0,6	1,1	-1,1
Doenças da Pele								
Sem doenças da pele	74	96,1	82	96,5	156	96,3	-0,1	0,1
Com doenças da pele	3	3,9	3	3,5	6	3,7	0,1	-0,1
Doenças do Sistema Ósteo-Muscular								
Sem doenças do SOM	75	97,4	79	92,9	154	95,1	1,3	-1,3
Com doenças do SOM	2	2,6	6	7,1	8	4,9	-1,3	1,3
Doenças do Aparelho Geniturinário								
Sem doenças do AG	71	92,2	82	96,5	153	94,4	-1,2	1,2
Com doenças do AG	6	7,8	3	3,5	9	5,6	1,2	-1,2
Lesões Traumáticas								
Sem lesão traumática	73	94,8	80	94,1	153	94,4	0,2	-0,2
Com lesão traumática	4	5,2	5	5,9	9	5,6	-0,2	0,2
Outros motivos								
Sem outros motivos	75	97,4	81	95,3	156	96,3	0,7	-0,7
Com outros motivos	81	95,3	4	4,7	6	3,7	-0,7	0,7
Total	77	100	85	100	162	100		

Caracterização da amostra quanto às necessidades visuais e auditivas

No que diz respeito à avaliação da acuidade visual foi verificado que 51 (31,5%) indivíduos apresentavam diminuição (19 homens e 32 mulheres).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e a diminuição da acuidade visual ($X^2 = 3.152$; $p = 0,076$)

Tabela 9: distribuição segundo a diminuição da acuidade visual

Diminuição da acuidade visual	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	58	75,3	53	62,4	111	68,5	1,8	-1,8
Sim	19	24,7	32	37,6	51	31,5	-1,8	1,8
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos 51 indivíduos que apresentam diminuição da acuidade visual apenas 26 fazem uso de óculos para compensar a diminuição notada. Destes 26 (51%), 6 pertencem ao género masculino e 20 ao género feminino.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o uso de óculos ($X^2 = 4,561$; $p = 0,033$).

Tabela 10: distribuição segundo o uso do óculos

Uso de óculos	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	13	68,4	12	37,5	25	49,0	2,1	-2,1
Sim	6	31,6	20	62,5	26	51,0	-2,1	2,1
Total	19	100	32	100	51	100		

No que diz respeito à avaliação da acuidade auditiva foi verificado que 51 indivíduos apresentavam diminuição da acuidade, correspondendo a 31,7% da amostra.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e a diminuição da acuidade auditiva ($X^2 = 0,099$; $p = 0,753$).

Tabela 11: distribuição segundo a diminuição da acuidade auditiva

Diminuição da acuidade auditiva	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	51	67,1	59	68,3	110	68,3	-0,3	0,3
Sim	25	32,9	26	31,7	51	31,7	0,3	-0,3
Total	76	100	85	100	161	100		

Dos indivíduos que apresentam diminuição da acuidade auditiva apenas 3 (5,9%) fazem uso de aparelho auditivo para compensar a diminuição notada.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o uso de aparelho auditivo ($X^2 = 3,315$; $p = 0,069$).

Tabela 12: distribuição segundo o uso de aparelho auditivo

Uso de aparelho auditivo	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	22	88,0	26	100	48	94,1	-1,8	1,8
Sim	3	12,0	0	0,0	3	5,9	1,8	-1,8
Total	25	100	26	100	52	100		

Caracterização da amostra quanto à presença de problemas de incontinência urinária

No que diz respeito à presença de problemas de incontinência verificou-se que 106 (65,4%) indivíduos possuem problemas de incontinência urinária sendo que destes 58 pertencem ao género feminino e 48 pertencem ao género masculino.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e problemas de incontinência urinária ($X^2 = 0,621$; $p = 0,431$).

Tabela 13: distribuição segundo problemas de incontinência

Incontinência	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	29	37,7	27	31,8	56	34,6	0,8	-0,8
Sim	48	62,3	58	68,2	106	65,4	-0,8	0,8
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos indivíduos que têm presente problema de incontinência urinária 36 (34,6%) fazem uso de algum dispositivo urinário, sendo que na sua maioria pertencem ao sexo masculino (42,6%).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o uso de dispositivo urinário ($X^2 = 2,387$; $p = 0,122$).

Tabela 14: distribuição segundo o uso de dispositivo urinário

Dispositivo urinário	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	27	57,4	41	71,9	68	65,4	-1,5	1,5
Sim	20	42,6	16	28,1	36	34,6	1,5	-1,5
Total	47	100	57	100	104	100		

Quando analisado o item qual o dispositivo urinário utilizado verifica-se que na sua maioria o dispositivo usado é a sonda vesical (97,1% dos indivíduos), sendo que apenas um individuo faz uso de outro tipo de dispositivo.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o tipo de dispositivo urinário utilizado ($X^2 = 1,373$; $p = 0,241$).

Tabela 15: distribuição segundo o tipo de dispositivo urinário utilizado

Qual o dispositivo urinário utilizado	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Sonda vesical	14	93,3	20	100	34	97,1	1,2	-1,2
Pen-rose	1	6,7	0	0,0	1	2,9	-1,2	1,2
Total	15	100	20	100	35	100		

Caracterização da amostra quanto à necessidade de apoio na deslocação

Na avaliação da necessidade de ajuda na deslocação ao WC verificou-se que na sua maioria os utentes faziam uso dessa mesma ajuda (51,9%).

Não foram encontradas diferenças estatísticas entre o género e a necessidade de ajuda para a deslocação ao WC ($X^2 = 0,849$; $p = 0,357$).

Tabela 16: distribuição segundo a necessidade de ajuda na deslocação ao WC em função do género

Necessidade de ajuda na deslocação ao WC	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	40	51,9	38	44,7	78	48,1	0,9	-0,9
Sim	37	48,1	47	55,3	84	51,9	-0,9	0,9
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos 84 indivíduos que necessitam de ajuda para se deslocarem ao WC, 10 (37,0%) têm idade igual ou inferior a 64 anos e 74 (54,8%) tinham idade igual ou superior a 65 anos.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a idade e a necessidade de ajuda para a deslocação ao WC ($X^2 = 2,848$; $p = 0,091$).

Tabela 17: distribuição segundo a necessidade de ajuda na deslocação ao WC em função da idade

Necessidade de ajuda na deslocação ao WC	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	17	63,0	61	45,2	78	48,1	1,7	-1,7
Sim	10	37,0	74	54,8	84	51,9	-1,7	1,7
Total	27	100	135	100	162	100		

Analisando o uso de equipamento de apoio à marcha, verificou-se que 83 (51,2%) indivíduos faziam uso de equipamento (41 homens e 42 mulheres).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o uso de equipamento de apoio à marcha ($X^2 = 0,238$; $p = 0,626$).

Tabela 18: distribuição segundo o uso de equipamento de apoio à marcha de acordo com o género

Uso de equipamento de apoio à marcha	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	36	46,8	43	50,6	79	48,8	-0,5	0,5
Sim	41	53,2	42	49,4	83	51,2	0,5	-0,5
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos 83 indivíduos que fazem uso de equipamento de apoio à marcha 69 (51,1%) têm idade igual ou superior a 65 anos e apenas 14 (51,9%) têm idade igual ou inferior a 64 anos.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a idade e o uso de equipamento de apoio à marcha ($X^2 = 0,005$; $p = 0,944$).

Tabela 19: distribuição segundo o uso de equipamento de apoio à marcha de acordo com a idade

Uso de equipamento de apoio à marcha	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Não	13	48,1	66	48,9	79	48,8	-0,1	0,1
Sim	14	51,9	69	51,1	83	51,2	0,1	-0,1
Total	27	100	135	100	162	100		

Dos indivíduos que recorrem ao uso de apoio à marcha 46 (55,4%) fazem uso da cadeira de rodas (27 pertencem ao género feminino e 19 ao género masculino), 20 (24,1%) fazem uso das canadianas e apenas 3 (3,6%) indivíduos fazem uso da ajuda de terceiros.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o tipo de meio de apoio à marcha utilizado ($X^2 = 3,013$; $p = 0,556$).

Tabela 20: distribuição segundo o tipo de equipamento de apoio à marcha utilizado de acordo com o género

Qual o equipamento de apoio à marcha utilizado	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Cadeira de Rodas	19	46,3	27	64,3	46	55,4	-1,6	1,6
Canadianas	12	29,3	8	19,0	20	24,1	1,1	-1,1
Bengala	5	12,2	3	7,1	8	9,6	0,8	-0,8
Andarilho	3	7,3	3	7,1	6	7,2	0,0	0,0
Terceiros	2	4,9	1	2,4	3	3,6	0,6	-0,6
Total	41	100	42	100	83	100		

Dos 46 indivíduos que fazem uso da cadeira de rodas como auxílio de apoio à marcha apenas 8 (57,1%) têm idade igual ou inferior a 64 anos e 38 (55,1%) têm idade igual ou superior a 65 anos.

Dos 20 indivíduos que fazem uso das canadianas para de deslocarem apenas 3 (21,4%) têm idade igual ou inferior a 64 anos e 17 (24,6%) têm idade igual ou superior a 65 anos.

Numa visão global dos indivíduos que fazem uso de meios auxiliares de apoio à marcha 69 têm idade igual ou superior a 65 anos e apenas 14 têm idade igual ou inferior a 64 anos.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a idade e o tipo de meio de apoio à marcha utilizado ($X^2 = 1,045$; $p = 0,903$)

Tabela 21: distribuição segundo o tipo de equipamento de apoio à marcha utilizado de acordo com a idade

Qual o equipamento de apoio à marcha utilizado	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Cadeira de Rodas	8	57,1	38	55,1	46	55,4	0,1	-0,1
Canadianas	3	21,4	17	24,6	20	24,1	-0,3	0,3
Bengala	2	14,3	6	8,7	8	9,6	0,6	-0,6
Andarilho	1	7,1	5	7,2	6	7,2	0,0	0,0
Terceiros	0	0,0	3	4,3	3	3,6	-0,8	0,8
Total	14	100	69	100	83	100		

Dos indivíduos analisados 97 (59,9%) não apresentam dores ou apresentavam dores raramente e 65 (40,1%) dos indivíduos apresentam dores algumas ou muitas vezes.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e a frequência da dor sentida ($X^2 = 0,001$; $p = 0,973$).

Tabela 22: distribuição segundo a frequência de dor no dia-a-dia e acordo com o género

Frequência da dor no dia-a-dia	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Nunca ou Raras vezes	46	59,7	51	60,0	97	59,9	0,0	0,0
Algumas ou Muitas vezes	31	40,3	34	40,0	65	40,1	0,0	0,0
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos 97 (59,9%) indivíduos que nunca ou raramente apresentam dores 46 (59,7%) pertencem ao género masculino e 51 (60,0%) ao género feminino e 85 apresentam idade igual ou superior a 65 anos.

Dos 65 (40,1%) indivíduos que algumas ou muitas vezes sentem dores, dos quais 34 (40,0%) pertencem ao género feminino e 31 (40,3%) ao género masculino; 55

(40,7%) têm idade igual ou superior a 65 anos e apenas 10 (37,0%) têm idade igual ou inferior a 64 anos.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a idade e a frequência da dor sentida ($X^2 = 0,128$; $p = 0,720$).

Tabela 23: distribuição segundo a frequência de dor no dia-a-dia de acordo com a idade

Frequência da dor no dia-a-dia	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Nunca ou Raras vezes	17	63,0	80	59,3	97	59,9	0,4	-0,4
Algumas ou Muitas vezes	10	37,0	55	40,7	65	40,1	-0,4	0,4
Total	27	100	135	100	162	100		

Na sua maioria a população analisada não consegue a toma da medicação sem ajuda de terceiros (42,6%), enquanto apenas 17,3% consegue a toma autonomamente.

Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre a variável necessidade de ajuda na toma da medicação e a variável sexo ($X^2 = 2,958$ e $p = 0,228$), bem como entre a variável necessidade de ajuda na toma da medicação e a variável idade ($X^2 = 2,255$ e $p = 0,324$).

Tabela 24: distribuição segundo a necessidade de ajuda na toma da medicação de acordo com o género

Necessidade de ajuda na toma da medicação	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Sem ajuda	13	16,9	15	17,6	28	17,3	-0,1	0,1
Com ajuda	36	46,8	29	34,1	65	40,1	1,6	-1,6
Não consegue a toma	28	36,4	41	48,2	69	42,6	-1,5	1,5
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos indivíduos que não conseguem a toma da medicação sem a ajuda de terceiros, 61 têm idade igual ou superior a 65 anos e apenas 3 têm idade igual ou inferior a 64 anos.

Tabela 25: distribuição segundo a necessidade de ajuda na toma da medicação de acordo com a idade

Necessidade de ajuda na toma da medicação	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Sem ajuda	6	22,2	22	16,3	28	17,3	0,7	-0,7
Com ajuda	13	48,1	52	38,5	65	40,1	0,9	-0,9
Não consegue a toma	8	29,6	61	45,2	69	42,6	-1,5	1,5
Total	27	100	135	100	162	100		

Quando analisada a variável número de medicamentos diferentes tomados por dia verificou-se um mínimo de 1 medicamento tomado e um máximo de 21 medicamentos tomados.

Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma média de 6,84 medicamentos e os indivíduos do sexo feminino apresentam uma média de 7,40 medicamentos.

Quanto ao coeficiente de variação em ambos os sexos apresentam-se uma distribuição com uma dispersão alta.

Quanto à assimetria para o sexo masculino apresenta-se uma distribuição assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e para o sexo feminino apresenta uma distribuição simétrica. Quanto ao achatamento para o sexo masculino apresenta uma distribuição leptocurtica e para o sexo feminino apresenta uma distribuição mesocurtica.

Tabela 26: distribuição segundo os medicamentos tomados e o género

	Mín	Máx	Média	s	CV	Sk	Sk/error	K	K/error
Masculino	1	21	6,84	2,934	42,894	1,480	5,401	5,893	10,892
Feminino	1	14	7,40	3,032	40,972	0,150	0,574	-0,880	-1,702
Total	1	21	7,14	2,990	41,876	0,741	3,879	1,740	4,591

Quando analisado o número de medicamentos diferentes tomados por dia pode verificar-se que o maior número de indivíduos (57; 35,2%) toma entre 6 a 8 medicamentos diferentes por dia e que 51 (31,5%) toma 9 ou mais medicamentos diferentes.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o número de medicamentos tomados ($X^2 = 3,862$; $p = 0,145$).

Tabela 27: distribuição segundo o nº de medicamentos tomados se acordo com o género

Número de medicamentos diferentes tomados por dia	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
5 ou menos medicamentos	26	33,8	28	32,9	54	33,3	0,1	-0,1
6 a 8 medicamentos	32	41,6	25	29,4	57	35,2	1,6	-1,6
9 ou mais medicamentos	19	24,7	32	37,6	51	31,5	-1,8	1,8
Total	77	100	85	100	162	100		

Dos indivíduos que tomam 6 a 8 medicamentos diferentes por dia 32 (41,6%) pertencem ao género masculino e 42 (31,1%) têm idade igual ou superior a 65 anos.

Dos indivíduos que tomam 9 ou mais medicamentos diferentes por dia 32 (37,6%) pertencem ao género feminino e 46 (34,1%) têm idade igual ou superior a 65 anos.

Dos 54 (33,3%) indivíduos que tomam 5 ou menos medicamentos 28 (32,9%) pertencem ao género feminino, 47 (34,8%) têm idade igual ou superior a 65 anos e apenas 7(25,9%) têm idade igual ou inferior a 64 anos.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a idade e o número de medicamentos tomados ($X^2 = 6,084$; $p = 0,048$).

Tabela 28: distribuição segundo o nº de medicamentos tomados de acordo com a idade

Número de medicamentos diferentes tomados por dia	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
5 ou menos medicamentos	7	25,9	47	34,8	54	33,3	-0,9	0,9
6 a 8 medicamentos	15	55,6	42	31,1	57	35,2	2,4	-2,4
9 ou mais medicamentos	5	18,5	46	34,1	51	31,5	-1,6	1,6
Total	27	100	135	100	162	100		

No que diz respeito à avaliação da medicação tomada de acordo com os Critérios de Beers, pode-se verificar através da análise da tabela 29 50 (30,9%) indivíduos apresentam algum risco na medicação que tomam, sendo que 5 (3,7%) indivíduos apresentam um risco ligeiro e 44 (32,6%) apresentam um risco elevado.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a idade e a classificação da medicação segundo os Critérios de Beers ($X^2 = 11,217$; $p = 0,004$).

Tabela 29: distribuição segundo os Critérios de Beers

Critérios de Beers	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Sem risco	26	96,3	86	63,7	112	69,1	3,3	-3,3
Risco ligeiro	0	0,0	5	3,7	5	3,1	-1,0	1,0
Risco elevado	1	3,7	44	32,6	45	27,8	-3,1	3,1
Total	27	100	135	100	162	100		

No que diz respeito à análise dos dados relativos à Escala de Morse verifica-se que se obteve um score mínimo de 0 e um score máximo de 105, sendo que a média relativa ao sexo masculino é de 43,896 e a média relativa ao sexo feminino é de 44,059.

No que diz respeito à análise do coeficiente de variação para ambos os sexos apresenta-se uma distribuição com uma dispersão alta.

Analisando os dados relativos à assimetria em ambos os sexos a distribuição é simétrica. No que diz respeito ao achatamento em ambos os sexos a distribuição é mesocurtica.

A amostra apresenta uma distribuição normal o que pode ser comprovado pela análise do teste de Kolmogorov-Smirnov ($KW = 0,155$; $p = 0,000$).

Tabela 30: distribuição segundo a escala de Morse

	Mín	Máx	Média	s	CV	Sk	Sk/error	K	K/error
Masculino	0,00	105,00	43,896	21,454	48,874	0,541	1,974	-0,093	-0,171
Feminino	0,00	105,00	44,059	21,787	49,449	0,455	1,743	-0,158	-0,305
Total	0,00	105,00	43,981	21,563	49,027	0,491	2,570	-0,161	-0,424

Na análise dos dados relativos à avaliação da Escala de Morse pode verificar-se que 36 (22,2%) indivíduos têm história de quedas nos últimos 3 meses; 142 (87,7%) indivíduos têm presente pelo menos um diagnóstico secundário; no que diz respeito à necessidade de ajuda na mobilização 81 (50,0%) indivíduos estão englobados na categoria acamado/repouso no leito, 41 (25,3%) indivíduos estão englobados na categoria bengala/ andarilho/ canadianas e 40 (24,7%) indivíduos estão englobados na categoria aparelho/ equipamento; apenas 4 (2,5%) indivíduos no momento da recolha de dados se encontravam a realizar terapia endovenosa; no que diz respeito à categoria tipo de marcha a maioria dos indivíduos engloba-se no grupo normal/ acamado/ cadeira de rodas com 109 (67,3%) indivíduos, ficando o grupo da marcha lenta com 27 (16,7%) indivíduos e o grupo da marcha alterada/ cambaleante com 26 (16,0%) indivíduos; no que diz respeito ao estado mental verificou-se que mais indivíduos se apresentam desorientados/ confusos com 94 (58,0%) indivíduos e 68 (42,0%) indivíduos apresentam-se orientados.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e a Escala de Morse ($X^2 = 0,510$; $p = 0,775$).

Tabela 31: distribuição segundo os vários parâmetros da escala de Morse

	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
História de quedas nos últimos 3 meses								
Não	60	77,9	66	77,6	126	77,8	0,0	0,0
Sim	17	22,1	19	22,4	36	22,2	0,0	0,0
Presença de diagnóstico secundário								
Não	11	14,3	9	10,6	20	12,3	0,7	-0,7

Sim	66	85,7	76	89,4	142	87,7	-0,7	0,7
Necessidade de ajuda na mobilização								
Acamado/Repouso no leito	37	48,1	44	51,8	81	50,0	-0,5	0,5
Bengala/Andarilho/Canadiana	23	29,9	18	21,2	41	25,3	1,3	-1,3
Aparelho/Equipamento	17	22,1	23	27,1	40	24,7	-0,7	0,7
Realização de terapia endovenosa								
Não	75	97,4	83	97,6	158	97,5	-0,1	0,1
Sim	2	2,6	2	2,4	4	2,5	0,1	-0,1
Tipo de marcha								
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	47	61,0	62	72,9	109	67,3	-1,6	1,6
Lenta	16	20,8	11	12,9	27	16,7	1,3	-1,3
Alterada/Cambaleante	14	18,2	12	14,1	26	16,0	0,7	-0,7
Estado Mental								
Orientado	35	45,5	33	38,8	68	42,0	0,9	-0,9
Desorientado/Confuso	42	54,5	52	61,2	94	58,0	-0,9	0,9
Total	77	100	85	100	162	100		

No que diz respeito à análise dos resultados obtidos na soma dos parâmetros obtidos na escala e de acordo com os scores de classificação de risco 25 (15,4%) indivíduos não apresentam risco de queda, 69 (42,6%) indivíduos apresentam baixo risco de queda e 68 (42,0%) indivíduos apresentam alto risco de queda.

Na análise das variáveis Escala de Morse e idade verificam-se diferenças estatísticas significativas ($X^2 = 8,139$; $p = 0,017$).

Tabela 32: distribuição segundo os scores de risco de queda da escala de Morse de acordo com a idade

Escala de Morse	≤ 64 anos		≥ 65 anos		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Sem risco	9	33,3	16	11,9	25	15,4	2,8	-2,8
Baixo risco	10	37,0	59	43,7	69	42,6	-0,6	0,6
Alto risco	8	29,6	60	44,4	68	42,0	-1,4	1,4
Total	27	100	135	100	162	100		

Na análise das variáveis Escala de Morse e género não se verifica a presença diferenças estatísticas significativas ($X^2 = 0,510$; $p = 0,775$)

Tabela 33: distribuição segundo os scores de risco de queda da escala de Morse de acordo com o género

Escala de Morse	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Sem risco	11	14,3	14	16,5	25	15,4	-0,4	0,4
Baixo risco	35	45,5	34	40,0	69	42,6	0,7	-0,7
Alto risco	31	40,3	37	43,5	68	42,0	-0,4	0,4
Total	77	100	85	100	162	100		

Na análise dos dados relativos à Escala de Downton verifica-se um score mínimo de 1 e um score máximo de 9. No que diz respeito à média o sexo masculino apresenta uma média de 4,69 e o sexo feminino apresenta uma média de 5,22.

Na análise do coeficiente de variação em ambos os sexos apresenta-se uma distribuição com uma dispersão alta.

No que diz à assimetria para ambos os sexos apresenta-se uma distribuição simétrica e no que diz respeito ao achatamento apresenta-se uma distribuição mesocurtica para ambos os sexos.

A amostra apresenta uma distribuição normal o que se pode verificar através da análise do teste de Kolmogorov-Smirnov ($KW = 0,139$; $p = 0,000$).

Tabela 34: distribuição segundo a escala de Downton

	Mín	Máx	Média	s	CV	Sk	Sk/error	K	K/error
Masculino	1	8	4,69	1,524	32,494	-0,186	-0,678	-0,473	-0,874
Feminino	2	9	5,22	1,576	30,191	0,274	1,049	-0,503	-0,972
Total	1	9	4,97	1,570	31,589	0,081	0,424	-0,327	-0,862

Na análise dos dados obtidos na aplicação da Escala de Downton 50 (30,9%) indivíduos apresentam história de quedas; no que diz respeito ao medicamentos tomados a maior parte dos indivíduos tomam 3 medicamentos (37% dos indivíduos), 54 (33,3%) tomam 2 variedades de medicamentos, 30 (18,5%) tomam 1 variedade de medicamento e 13 (8,0%) indivíduos tomam 4 variedades de medicamentos. Analisando os dados de acordo com a variedade de medicamentos analisada na Escala de Downton 65 (40,1%) indivíduos tomam tranquilizantes/ sedantes; 60 (37,0%) indivíduos tomam diuréticos; 62 (38,3%) indivíduos tomam medicamentos hipotensores não diuréticos; 10 (6,2%) indivíduos tomam medicamentos antiparkinsonianos; 35 (21,6%) indivíduos tomam medicamentos antidepressivos e 158 (97,5%) indivíduos tomam outras variedades de medicamentos não especificados na escala.

Quando se analisa o parâmetro relativo aos défices sensoriais 53 (32,7%) indivíduos apresentam défices visuais; 46 (28,4%) indivíduos apresentam défices auditivos e 30 (18,5%) indivíduos apresentam défices nas extremidades. Analisando na globalidade o parâmetro dos défices sensoriais 64 (39,5%) indivíduos não apresentam qualquer tipo de deficit sensorial, 67 (41,4%) indivíduos apresentam 1 tipo de deficit sensorial e 31 (19,1%) indivíduos apresentam duas variedades de deficit.

No que diz respeito ao parâmetro estado mental 71 (43,8%) indivíduos encontram-se orientados e 91 (56,2%) indivíduos apresentam-se desorientados.

No que diz respeito parâmetro deambulação 32 (19,8%) indivíduos têm uma deambulação segura com ajuda; 26 (16,0%) indivíduos apresentam uma deambulação insegura tanto com ajuda como sem ajuda e para 87 (53,7%) indivíduos a deambulação é impossível. Analisando na globalidade 17 (10,5%) indivíduos apresentam uma marcha normal e 145 (89,5%) indivíduos não conseguem deambular ou apresentam algum tipo de alteração na marcha.

Analisando os totais apresentados na soma dos vários parâmetros da escala de acordo com os scores de classificação de risco de queda 8 (4,9%) indivíduos apresentam-se sem risco de queda e 154 (95,1%) indivíduos apresentam-se com risco de queda.

Foram encontradas diferenças estatísticas entre o género e a Escala de Downton ($X^2 = 5,391$; $p = 0,020$).

Tabela 35. Distribuição segundo os vários parâmetros da escala de Downton

	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Quedas anteriores								
Não	53	68,8	59	69,4	112	69,1	-0,1	0,1
Sim	24	31,2	26	30,6	50	30,9	0,1	-0,1
Medicamentos								
Nenhum tipo de medicamento	1	1,3	0	0,0	1	0,6	1,1	-1,1
1 tipo de medicamento	19	24,7	11	12,9	30	18,5	1,9	-1,9
2 tipos de medicamentos	23	29,9	31	36,5	54	33,3	-0,9	0,9
3 tipos de medicamentos	29	37,7	31	36,5	60	37,0	0,2	-0,2
4 tipos de medicamentos	4	5,2	9	10,6	13	8,0	-1,3	1,3
5 tipos de medicamentos	1	1,3	3	3,5	4	2,5	-0,9	0,9
Défices sensoriais								
Nenhum tipo de deficit	33	42,9	31	36,5	64	39,5	0,8	-0,8
1 tipo de deficit	30	39,0	37	43,5	67	41,4	-0,6	0,6
Mais do que um tipo de deficit	14	18,2	17	20,0	31	19,1	-0,3	0,3
Estado mental								
Orientado	38	49,4	33	38,8	71	43,8	1,3	-1,3
Desorientado	39	50,6	52	61,2	91	56,2	-1,3	1,3
Deambulação								
Sem alterações	10	13,0	7	8,2	17	10,5	1,0	-1,0
Com alterações	67	87,0	78	91,8	145	89,5	-1,0	1,0
Risco de queda								
Sem risco	7	9,1	1	1,2	8	4,9	2,3	-2,3
Com risco	70	90,9	84	98,8	154	95,1	-2,3	2,3
Total	77	100	85	100	162	100		

Comparando os valores apresentados pela Escala de Morse e os valores apresentados pela Escala de Downton de acordo com o risco de queda, quando se analisa o parâmetro sem risco da Escala de Morse encontra-se 25 (15,4%) indivíduos,

destes segundo a Escala de Downton apenas 2 (25,0%) não apresentam risco de queda e 23 (14,9%) apresentam risco de queda. Analisando o parâmetro baixo risco da escala de morse encontram-se 69 (42,6%) indivíduos, destes 5 (62,5%) não apresentam risco de queda e 64 (41,6%) apresentam risco de queda. Analisando o parâmetro alto risco da escala de morse encontram-se 68 (42,0%) indivíduos, destes apenas um não apresenta risco de queda e 67 (43,5%) apresentam risco de queda.

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a Escala de Morse e a Escala de Downton ($X^2 = 3,024$; $p = 0,220$).

Tabela 36: comparação dos scores de risco da escala de Morse e da escala de Downton

		Escala de Downton				N		%	
		Sem risco		Com risco					
		N	%	N	%				
Escala de Morse	Sem risco	2	25,0	23	14,9	25	15,4		
	Baixo risco	5	62,5	64	41,6	69	42,6		
	Alto risco	1	12,5	67	43,5	68	42,0		
TOTAL		8	100	154	100	162	100		

Nos resultados relativos ao Índice de Katz pode verificar-se que o score mínimo atingido foi de 6,00 e o score máximo atingido foi de 18,00. O score médio par o sexo masculino situa-se em 13,182 e o score médio para o sexo feminino situa-se em 14,365.

Analisando os valores relativos ao coeficiente de variação pode verificar-se que para o sexo masculino é traduzida uma dispersão alta e que para o sexo feminino é traduzida uma dispersão moderada. Para a totalidade da amostra é traduzida uma dispersão moderada também.

Quanto à assimetria para o sexo masculino apresenta-se uma distribuição simétrica e para o sexo feminino apresenta-se uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita. A totalidade da amostra traduz uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita.

Quanto ao achatamento para o sexo masculino apresenta-se uma distribuição platicurtica e para o sexo feminino apresenta-se uma distribuição mesocurtica. O total da amostra apresenta uma distribuição platicurtica.

A amostra tem uma distribuição normal o que se pode verificar pelo teste de Kolmogorov-Smirnov ($KW = 0,157$; $p = 0,000$).

Tabela 37: distribuição segundo o índice de Katz

	Mín	Máx	Média	s	CV	Sk	Sk/error	K	K/error
Masculino	6,00	18,00	13,182	4,002	30,359	-0,413	-1,529	-1,086	-2,007
Feminino	6,00	18,00	14,365	3,792	26,397	-0,987	-3,747	-0,261	-0,504
Total	6,00	18,00	13,802	3,926	28,706	-0,686	-3,591	-0,810	-2,137

Analisando os dados relativos ao Índice de Katz pode verificar-se que cinco dos seis itens da escala a maioria dos indivíduos apresentam um grau elevado de dependência na realização das suas atividades de vida diária. O único item do Índice de Katz que não apresenta um maior número de indivíduos com elevado grau de dependência é o item deslocação, em que a maioria dos indivíduos (52,5%) entra e saem da cama com assistência. Todos os outros itens (Banho; Vestir-se; Higiene; Continência; Alimentar-se) apresentam o maior número de indivíduos na opção em que se traduz maior grau de dependência.

No item Banho 111 (68,5%) indivíduos recebem assistência para lavar mais do que uma parte do seu corpo (50 pertencem ao género masculino e 61 pertencem ao género feminino).

No item Vestir-se 108 (66,7%) indivíduos recebe assistência para tirar a roupa ou vestir-se ou fica em parte ou completamente despido (47 pertencem ao género masculino e 61 pertencem ao género feminino).

No item Higiene 70 (43,2%) indivíduos não se deslocam à casa de banho (26 pertencem ao género masculino e 44 pertencem ao género feminino).

No item Continência 90 (55,6%) indivíduos recebe ajuda para manter o controlo urinário ou defecação, usa um cateter ou tem incontinência (36 pertencem ao género masculino e 64 pertencem ao género feminino).

No item Alimentar-se 62 (38,3%) indivíduos recebem assistência para se alimentar ou são alimentados por tubos ou líquidos intra-venosos, total ou parcialmente (22 pertencem ao género masculino e 40 pertencem ao género feminino).

Tabela 38: distribuição segundo os vários parâmetros do índice de Katz

		Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
		N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Banho	1	9	11,7	6	7,1	15	9,3	1,0	-1,0
	2	18	23,4	18	21,2	36	22,2	0,3	-0,3
	3	50	64,9	61	37,7	111	68,5	-0,9	0,9
Vestir-se	1	11	14,3	13	5,3	24	14,8	-0,2	0,2
	2	19	24,7	11	12,9	30	18,5	1,9	-1,9
	3	47	61,0	61	71,8	108	66,7	-1,4	1,4

Higiene	1	20	26,0	13	15,3	33	20,4	1,7	-1,7
	2	31	40,3	28	32,9	59	36,4	1,0	-1,0
	3	26	33,8	44	51,8	70	43,2	-2,3	2,3
Deslocar-se	1	20	26,0	17	20,0	37	22,8	0,9	-0,9
	2	39	50,6	46	54,1	85	52,5	-0,4	0,4
	3	18	23,4	22	25,9	40	24,7	-0,4	0,4
Continência	1	18	23,4	12	14,1	30	18,5	1,5	-1,5
	2	23	29,9	19	22,4	42	25,9	1,1	-1,1
	3	36	46,8	54	63,5	90	55,6	-2,1	2,1
Alimentar-se	1	30	39,0	20	23,5	50	30,9	2,1	-2,1
	2	25	32,5	25	29,4	50	30,9	0,4	-0,4
	3	22	28,6	40	47,1	62	38,3	-2,4	2,4
Total		77	100	85	100	162	100		

1–independente na realização da função, 2–necessidade de ajuda parcial na realização da função, 3–não consegue realizar a função

Fazendo uma análise do total dos scores obtidos e observando-os segundo a classificação Independente, Parcialmente dependente, Dependente e Totalmente dependente, pode-se verificar que a maioria dos indivíduos (40,7%) apresenta-se como Dependente na realização das suas atividades de vida diária (40,7% dos indivíduos, dos quais 40,0% pertencem ao género feminino e 41,6% pertencem ao género masculino) e que a classificação que tem menor número de indivíduos é a classificação Independente, com apenas 13 indivíduos (8,0%). Pode ainda destacar-se com 59 indivíduos (36,4%) a classificação Totalmente dependente (35 pertencentes ao género feminino e 24 pertencentes ao género masculino).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o género e o grau de funcionalidade segundo o Índice de Katz ($X^2 = 2,466$; $p = 0,481$).

Tabela 39: distribuição segundo os graus de dependência funcional do índice de Katz

	Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
	N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Independente	7	9,1	6	7,1	13	8,0	0,5	-0,5
Parcialmente dependente	14	18,2	10	11,8	24	14,8	1,1	-1,1
Dependente	32	41,6	34	40,0	66	40,7	0,2	-0,2
Totalmente dependente	24	31,2	35	41,2	59	36,4	-1,3	1,3
Total	77	100	85	100	162	100		

Analisando os dados relativos ao Estado Cognitivo pode verificar-se que o score mínimo obtido foi de 0,00 e o score máximo foi de 3,00. O score médio obtido na Orientação no Tempo foi de 1,359, o score médio obtido na Orientação no Espaço foi de 1,452 e o score médio obtido no Estado Cognitivo foi de 1,406.

Analisando os dados relativos ao coeficiente de variação todos os itens avaliados apresentam uma dispersão alta.

Analisando os dados relativos à simetria para todos os itens a distribuição apresenta-se como simétrica.

Analisando os dados relativos ao achatamento para todos os itens a distribuição apresenta-se como platicurtica.

A amostra apresenta uma distribuição normal o que pode ser verificado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (para a orientação no tempo apresenta-se um $KW = 0,235$ e $p = 0,000$; para a orientação no espaço apresenta-se um $KW = 0,218$ e $p = 0,000$; para o estado cognitivo apresenta-se um $KW = 0,178$ e $p = 0,000$).

Tabela 40: distribuição segundo o estado cognitivo

	Mín	Máx	Média	s	CV	Sk	Sk/error	K	K/error
Orientação no Tempo	0,00	3,00	1,359	1,265	93,08	0,188	0,984	-1,649	-4,350
Orientação no Espaço	0,00	3,00	1,452	1,309	90,15	0,073	0,382	-1,779	-4,693
Estado Cognitivo	0,00	3,00	1,406	1,229	87,41	0,144	0,753	-1,652	-4,358

No que diz respeito à avaliação da Orientação no Tempo a maioria dos indivíduos (43,2%) apresenta uma má orientação, com 43 indivíduos a pertencerem ao género feminino e 27 a pertencerem ao género masculino). Em relação à Orientação no Espaço a maioria dos indivíduos (46,3%) apresenta uma má orientação (com 44 indivíduos a pertencerem ao género feminino e 31 ao género masculino). Em relação à avaliação do Estado Cognitivo a maioria dos indivíduos (46,9%) apresenta um mau estado cognitivo, com 45 indivíduos a pertencerem ao género feminino e 31 do género masculino.

Da totalidade da amostra apenas 39 (24,4%) indivíduos apresentam um bom estado cognitivo, com 21 a pertencerem ao género feminino e 18 ao género masculino.

Tabela 41: distribuição segundo os parâmetros de avaliação do estado cognitivo

		Masculino		Feminino		Total		Resíduos ajustados	
		N	%	N	%	N	%	Masculino	Feminino
Orientação no Tempo	Má	27	35,1	43	50,6	70	43,2	-2,0	2,0
	Insatisfatória	19	24,7	15	17,6	34	21,0	1,1	-1,1
	Satisfatória	8	10,4	4	4,7	12	7,4	1,4	-1,4
	Orientado	23	29,9	23	27,1	46	28,4	0,4	-0,4
Orientação no Espaço	Má	31	40,3	44	51,8	75	46,3	-1,5	11,5
	Insatisfatória	41	14,3	9	10,6	20	12,3	0,7	-0,7
	Satisfatória	9	11,7	4	4,7	13	8,0	1,6	-1,6
	Orientado	26	33,8	28	32,9	54	33,3	0,1	-0,1
Estado Cognitivo	Mau	31	40,3	45	52,9	76	46,9	-1,6	1,6
	Insatisfatório	11	14,3	10	11,8	21	13,0	0,5	-0,5
	Satisfatório	17	22,1	9	10,6	26	16,0	2,0	-2,0
	Bom	18	23,4	21	24,7	39	24,4	-0,2	0,2
Total		77	100	85	100	162	100		

Analisando a escala de Morse com a orientação no tempo verifica-se que dos 70 (43,2%) indivíduos que possuem uma má orientação no tempo 34 (50,0%) apresentam alto risco de queda e apenas 7 (28,0%) não apresentam risco. Dos 46 (28,4%) indivíduos que apresentam uma boa orientação 25 (36,2%) apresentam um baixo risco de queda e apenas 10 (14,7%) apresentam alto risco de queda.

Analisando a escala de Morse com a orientação no espaço dos 75 (46,3%) indivíduos que apresentam uma má orientação no espaço 39 (57,4%) apresentam um alto risco de quedas e apenas 8 (32,0%) não apresentam risco. Dos 54 (33,3%) indivíduos que apresentam uma boa orientação no espaço 19 (27,9%) apresentam alto risco de quedas, 25 (36,2%) apresentam baixo risco e apenas 10 (40,0%) não apresentam risco.

Analisando a escala de Morse e o estado cognitivo dos 76 (46,9%) indivíduos que apresentam mau estado cognitivo 39 (57,4) apresentam alto risco de queda e apenas 7 (28,0%) não apresentam risco. Dos 39 (24,1%) indivíduos que apresentam um bom estado cognitivo 10 (14,7%) apresentam alto risco de queda, 20 (29,0%) apresentam baixo risco e 9 (36,0%) não apresentam risco.

Tabela 42: distribuição segundo o estado cognitivo de acordo com a escala de Morse

		Escala de Morse						Total		Resíduos ajustados		
		Sem risco		Baixo risco		Alto risco				Sem risco	Baixo risco	Alto risco
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Orientação no Tempo	Má	7	28,0	29	42,0	34	50,0	70	43,2	-1,7	-0,3	1,5
	Insatisfatória	4	16,0	11	15,9	19	27,9	34	21,0	-0,7	-1,4	1,8
	Satisfatória	3	12,0	4	5,8	5	7,4	12	7,4	1,0	-0,7	0,0
	Orientado	11	44,0	25	36,2	10	14,7	46	28,4	1,9	1,9	-3,3
Orientação no Espaço	Má	8	32,0	28	40,6	39	57,4	75	46,3	-1,6	-1,3	2,4
	Insatisfatória	3	12,0	12	17,4	5	7,4	20	12,3	-0,1	1,7	-1,6
	Satisfatória	4	16,0	4	5,8	5	7,4	13	8,0	1,6	-0,9	-0,3
	Orientado	10	40,0	25	36,2	19	27,9	54	33,3	0,8	0,7	-1,2
Estado Cognitivo	Mau	7	28,0	30	43,5	39	57,4	76	46,9	-2,1	-0,8	2,3
	Insatisfatório	4	16,0	10	14,5	7	10,3	21	13,0	0,5	0,5	-0,9
	Satisfatório	5	20,0	9	13,0	12	17,6	26	16,0	0,6	-0,9	0,5
	Bom	9	36,0	20	29,0	10	14,7	39	24,1	1,5	1,3	-2,4
Total		25	100	69	100	68	100	162	100			

Analisando a Escala de Downton e a orientação no tempo verifica-se que dos 70 (43,2%) indivíduos que apresentam uma má orientação no tempo 69 (44,8%) apresentam risco de queda e apenas 1 indivíduo não apresentam risco. Dos 46 (28,4%) indivíduos que apresentam uma boa orientação no tempo 41 (26,6%) apresentam risco de queda e apenas 5 (62,5%) não apresentam risco.

Analisando a Escala de Downton e a orientação no espaço verifica-se que dos 75 (46,3%) indivíduos que apresentam uma má orientação no espaço 74 (48,1%)

apresentam risco de queda e apenas 1 indivíduo não apresenta risco. Dos 54 (33,3%) indivíduos que apresentam uma boa orientação no espaço 47 (30,5%) apresentam risco de queda e 7 (87,5%) não apresentam risco.

Analisando a Escala de Downton e o estado cognitivo verifica-se que dos 76 (46,9%) indivíduos que apresentam um mau estado cognitivo 75 (48,7%) apresentam risco de queda e apenas 1 indivíduo não apresenta risco. Dos 39 (24,1%) indivíduos que apresentam um bom estado cognitivo 34 (22,1%) apresentam risco de queda e 5 (62,5%) não apresentam risco.

Tabela 43: distribuição segundo o estado cognitivo de acordo com a escala de Downton

		Escala de Downton				Total		Resíduos ajustados	
		Sem risco		Com risco				Sem risco	Com
		N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com
Orientação no Tempo	Má	1	12,5	69	44,8	70	43,2	-1,8	1,8
	Insatisfatória	0	0,0	34	22,1	34	22,1	-1,5	1,5
	Satisfatória	2	25,0	10	6,5	12	7,4	1,9	-1,9
	Orientado	5	62,5	41	26,6	46	28,4	2,2	-2,2
Orientação no Espaço	Má	1	12,5	74	48,1	75	46,3	-2,0	2,0
	Insatisfatória	0	0,0	20	13,0	20	12,3	-1,1	1,1
	Satisfatória	0	0,0	13	8,4	13	8,0	-0,9	0,9
	Orientado	7	87,5	47	30,5	54	33,3	3,3	-3,3
Estado Cognitivo	Mau	1	12,5	75	48,7	76	46,9	-2,0	2,0
	Insatisfatório	0	0,0	21	13,6	21	13,0	-1,1	1,1
	Satisfatório	2	25	24	15,6	26	16,0	0,7	-0,7
	Bom	5	62,5	34	22,1	39	24,1	2,6	-2,6
Total		8	100	154	100	162	100		

Analisando a Escala de Downton e o Índice de Katz: dos 13 (8,0%) indivíduos classificados como independentes na realização das suas atividades de vida diária apenas 2 (25,0%) não apresentam risco de queda; dos 24 (14,8%) indivíduos classificados como parcialmente dependentes apenas 3 (37,5%) não apresentam risco de queda; dos 66 (40,7%) indivíduos classificados como dependentes apenas 2 (25,0%) não apresentam risco de queda; dos 59 (36,4%) indivíduos classificados como totalmente dependentes apenas 1 não apresenta risco de queda.

Da comparação entre o Índice de Katz e a Escala de Downton pode verificar que não existem diferenças estatísticas significativas ($X^2 = 7,779$ e $p = 0,051$)

Tabela 44: distribuição segundo o índice de Katz de acordo com a escala de Downton

		Escala de Downton				Total		Resíduos ajustados	
		Sem risco de queda		Com risco de queda				Sem risco	Com risco
		N	%	N	%	N	%	Sem risco	Com risco
Índice de Katz	Independente	2	25,0	11	7,1	13	8,0	1,8	-1,8
	Parcialmente dependente	3	37,5	21	13,6	24	14,8	1,9	-1,9

	Dependente	2	25,0	64	41,6	66	40,7	-0,9	0,9
	Totalmente dependente	1	12,5	58	37,7	59	36,4	-1,4	1,4
	Total	8	100	154	100	162	100		

Analisando a Escala de Morse e o Índice de Katz: dos 13 (5,9%) indivíduos que são classificados como independentes na realização das suas atividades de vida diária, distribuem-se de forma semelhante pelos três graus de risco de queda (20,0% não apresentam risco de queda, 5,8% apresentam baixo risco de queda e 5,9% também apresentam alto risco de queda); dos 14,8% indivíduos classificados como parcialmente dependentes estão na sua maioria (17,4% dos indivíduos) agrupados no grau de baixo risco de queda; dos 66 indivíduos que são classificados como dependentes, 36 (52,9%) apresentam alto risco de queda e apenas 4 (16,0%) não apresentam risco de queda; dos 59 (36,4%) indivíduos que são classificados como totalmente dependentes, 27 (39,1%) apresentam baixo risco de queda e 19 (27,9%) apresentam alto risco de queda.

Da comparação entre o Índice de Katz e a Escala de Morse pode verificar que existem diferenças estatísticas significativas ($X^2 = 15,387$ e $p = 0,017$)

Tabela 45: distribuição segundo o índice de Katz de acordo com a escala de Morse

		Escala de Morse						Total		Resíduos ajustados		
		Sem risco de queda		Baixo risco de queda		Alto risco de queda				Sem risco	Baixo risco	Alto risco
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Índice de Katz	Independente	5	20,0	4	5,8	4	5,9	13	5,9	2,4	-0,9	-0,9
	Parcialmente dependente	3	12,0	12	17,4	9	13,2	24	14,8	-0,4	0,8	-0,5
	Dependente	4	16,0	26	37,7	36	52,9	66	40,7	-2,7	-0,7	2,7
	Totalmente dependente	13	52,0	27	39,1	19	27,9	59	36,4	1,8	0,6	-1,9
Total		25	100	69	100	68	100	162	100			

2- Análise inferencial

O procedimento inferencial é um instrumento metodológico que permite testar o valor das variáveis independentes em relação à variável dependente. Procede-se assim, através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da investigação à verificação da validade das hipóteses formuladas.

H1 – A idade influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Para testar esta hipótese foi utilizado o teste t de student. Este teste “permite testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo em um ou dois

grupos, formados a partir de uma variável qualitativa. Compara as médias de dois grupos de sujeitos na mesma variável ou no mesmo grupo de variáveis. Possibilita verificar a existência de diferenças no pós teste entre duas condições experimentais.” (Pestana M e Gageiro J, 2005). Os mesmos autores acrescentam também, que quando as amostras são ambas de dimensão superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal, levando ambas às mesmas conclusões.

Através da tabela 46, pode constatar-se que tanto para a Escala de Morse (média = 45,56; s = 21,80) como para a Escala de Downton (média = 5,18; s = 1,52) os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos apresentam maior risco de queda.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas tanto entre a Escala de Morse e a idade (p = 0,037) como entre a Escala de Downton e a idade (p = 0,000), pelo que se aceita a hipótese em que se relaciona a idade com o risco de queda.

Tabela 46: teste t de student entre a idade e a escala de Morse e escala de Downton

	Idade	média	S	t	Leven p	p
Escala de Morse	≤ 64 anos	36,11	18,78	-2,099	0,562	0,037
	≥ 65 anos	45,56	21,80			
Escala de Downton	≤ 64 anos	3,93	1,44	-3,950	0,591	0,000
	≥ 65 anos	5,18	1,52			

H2 – O género influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Para testar esta hipótese, recorreu-se ao uso do teste t de student, de forma a poder analisar a relação existente entre o género e o risco de queda, cujos resultados são sumariamente apresentados na tabela 47.

Pode observar-se pelos dados apresentados que tanto para a Escala de Morse (média = 44,06; s = 21,79) como para a Escala de Downton (média = 5,22; s = 1,58) os indivíduos com pertencentes ao sexo feminino apresentam um maior risco de queda.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a Escala de Downton e o género (p = 0,030), pelo que é aceite a hipótese que relaciona o género com o risco de queda.

Tabela 47: teste t de student entre o género e a escala de Morse e a escala de Downton

	Género	média	S	t	Leven p	p
Escala de Morse	Masculino	43,89	21,45	-0,048	0,875	0,962
	Feminino	44,06	21,79			

Escala de Downton	Masculino	4,69	1,52	-2,192	0,895	0,030
	Feminino	5,22	1,58			

H3 – O número de medicamentos tomados influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Para testar como as variáveis se comportam em função dos grupos, recorreu-se à One-Way ANOVA, a “qual permite verificar qual o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa numa variável dependente ou de resposta cuja resposta é quantitativa. A questão central consiste em saber se as populações têm ou não médias iguais”. (Pestana M e Gageiro J, 2005)

A análise da tabela 50 traduz que segundo a Escala de Morse os indivíduos que tomam entre 6 a 8 medicamentos diferentes diariamente apresentam um maior risco de queda (média = 48,07) e que segundo a Escala de Downton os indivíduos que tomam 9 ou mais medicamentos apresentam um maior risco de queda (média = 5,55).

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a Escala de Downton e o número de medicamentos diferentes tomados diariamente ($p = 0,000$), pelo que se aceita a hipótese de relação entre o número de medicamentos diferentes tomados diariamente e o risco de quedas.

Tabela 48: One Way ANOVA risco de queda vs nº de medicamentos tomados

	Nº de medicamentos	Média	s	Mínimo	Máximo	F	p
Escala de Morse	≤ 5 medicamentos	41,20	18,52	0,00	80,00	1,631	0,199
	6 – 8 medicamentos	48,07	24,15	15,00	105,00		
	≥ 9 medicamentos	43,98	20,15	0,00	90,00		
Escala de Downton	≤ 5 medicamentos	4,33	1,50	1	8	8,757	0,000
	6 – 8 medicamentos	5,05	1,30	2	8		
	≥ 9 medicamentos	5,55	1,68	2	9		

H4 – A diminuição da acuidade auditiva influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Para testar esta hipótese recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, que permite analisar “a relação entre uma variável ordinal com uma dicotómica”.(Pestana M e Gageiro J,2005)

Analisando a tabela 49 verifica-se que tanto para Escala de Morse (OM = 86,43) como para a Escala de Downton (OM = 107,68) os indivíduos que apresentam diminuição da acuidade auditiva apresentam também um maior risco de queda.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a Escala de Downton e a diminuição da acuidade auditiva ($p = 0,000$) pelo que se aceita a hipótese que relaciona a diminuição da acuidade auditiva e o risco de queda.

Tabela 49: teste de Mann-Whitney entre a diminuição da acuidade auditiva e o risco de quedas

	Diminuição da acuidade auditiva	OM	UMW	p
Escala de Morse	Não	78,48	2528,00	0,309
	Sim	86,43		
Escala de Downton	Não	68,63	1444,50	0,000
	Sim	107,68		

H5 – A diminuição da acuidade visual influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Para testar esta hipótese recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. Pode verificar-se através dos dados apresentados na tabela 50 que os indivíduos que apresentam diminuição da acuidade visual apresentam um maior risco de queda tanto na escala de Morse (OM = 88,25) como na Escala de Downton (OM = 110,62).

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a Escala de Downton e a diminuição da acuidade visual, pelo que se aceita a hipótese que relaciona a diminuição da acuidade visual e o risco de queda.

Tabela 50: teste de Mann-Whitney entre a diminuição da acuidade visual e o risco de quedas

	Diminuição da acuidade visual	OM	UMW	p
Escala de Morse	Não	78,40	2486,00	0,210
	Sim	88,25		
Escala de Downton	Não	68,40	1376,00	0,000
	Sim	110,62		

H6 – A necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Para testar a hipótese apresentada foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis de forma a analisar a relação entre o índice de Katz e o risco de queda. Este é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível ordinal, e é também uma alternativa ao teste One-Way ANOVA utilizado quando não se encontram reunidos a normalidade e a igualdade de variâncias (Pestana M e Gageiro J , 2005).

Para a escala de Downton (OM = 86,31) os indivíduos que apresentam a classificação de totalmente dependentes nas suas atividades de vida diária, de acordo com o índice de Katz, apresentam um maior risco de queda.

Para a escala de Morse (OM= 101,48) os indivíduos que apresentam a classificação de dependentes nas suas atividades de vida diária, segundo o índice de Katz, apresentam um maior risco de queda.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas tanto entre a escala de Downton (p = 0,000) e o Índice de Katz como entre a escala de Morse (p = 0,000) e o Índice de Katz, tendo sido realizado o teste de One-Way ANOVA cujo resultados revelaram as mesmas diferenças estatísticas apresentadas no teste anterior (Escala de Morse p = 0,000 e Escala de Downton p = 0,000).

Deste modo procedeu-se ainda a realização do teste de Post-Hoc o qual revelou a presença das seguintes diferenças estatísticas significativas para a escala de Morse: Independente/dependente (p = 0,001), dependente/totalmente dependente (p = 0,000).

Para a Escala de Downton verificaram-se as seguintes diferenças estatísticas significativa: Independente/dependente (p = 0,000), independente/totalmente dependente (p = 0,001).

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas pelo que se aceita a hipótese que relaciona a necessidade de ajuda na realização das atividades de vida diária e o risco de queda.

Tabela 51: teste de Kruskal-Wallis entre o índice de Katz e o risco de queda

	Índice de Katz	OM	X ²	p
Escala de Downton	Independente	33,65	17,867	0,000
	Parcialmente dependente	72,33		
	Dependente	89,95		
	Totalmente dependente	86,31		

Escala de Morse	Independente	50,12	23,336	0,000
	Parcialmente dependente	76,52		
	Dependente	101,48		
	Totalmente dependente	68,08		

H7 – O estado cognitivo influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados.

Para testar a hipótese apresentada foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis de forma a analisar a relação entre o Estado Cognitivo e o risco de queda.

Tanto para a escala de Downton (OM = 96,28) como para escala de Morse (OM = 94,97) os indivíduos que apresentam uma orientação no tempo classificada como insatisfatória apresentam um maior risco de queda.

Para ambas a escalas foram encontradas diferenças estatísticas significativas (Escala de Morse $p = 0,015$; Escala de Downton $p = 0,000$) pelo que se realizou também o teste One-Way ANOVA, tendo sido também encontradas diferenças estatísticas para ambas as escalas como se pode comprovar na tabela 52.

Deste modo procedeu-se à realização do teste Post-Hoc que revelou diferenças estatísticas significativas na escala de Morse nos seguintes itens: Má orientação no tempo/orientado no tempo ($p = 0,040$), insatisfatória orientação no tempo/orientado no tempo ($p = 0,015$).

Em relação à escala de Downton, o teste de Post-Hoc revelou diferenças estatísticas nos seguintes itens: Má orientação no tempo/orientado no tempo ($p = 0,001$), insatisfatória orientação no tempo/orientado no tempo ($p = 0,001$).

Tabela 52: teste de Kruskal-Wallis entre a orientação no tempo e o risco de queda

	Orientação no Tempo	OM	X ²	p
Escala de Downton	Má	91,01	18,935	0,000
	Insatisfatório	96,28		
	Satisfatório	75,08		
	Orientado	57,78		
Escala de Morse	Má	87,03	10,469	0,015
	Insatisfatório	94,97		
	Satisfatório	78,38		
	Orientado	63,95		

Para a escala de Downton (OM = 92,81) os indivíduos que apresentam uma satisfatória orientação no espaço apresentam um maior risco de queda, para a escala de Morse (OM = 89,66) os indivíduos que apresentam uma má orientação no espaço

apresentam um maior risco de queda. Para ambas as escalas não foram encontradas diferenças estatísticas significativas (escala de Downton = 0,070; escala de Morse = 0,148).

Tabela 53: teste de Kruskal-Wallis entre a orientação no espaço e o risco de queda

	Orientação no espaço	OM	X ²	p
Escala de Downton	Má	89,26	7,062	0,070
	Insatisfatório	79,30		
	Satisfatório	92,81		
	Orientado	68,81		
Escala de Morse	Má	89,66	5,356	0,148
	Insatisfatório	65,45		
	Satisfatório	74,08		
	Orientado	77,90		

No que diz respeito ao estado cognitivo para a escala de Downton os indivíduos que apresentam um satisfatório estado cognitivo apresentam maior risco de queda (OM = 92,12). Para a escala de Morse os indivíduos que apresentam um mau estado cognitivo apresentam maior risco de queda (OM = 88,84)

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a escala de Downton e o estado cognitivo ($p = 0,001$) pelo que se realizou o teste de One-Way ANOVA que confirmou as diferenças estatísticas apresentadas anteriormente ($p = 0,001$). Realizando-se o teste de Post-Hoc verificaram-se estatísticas significativas nos seguintes itens:

- Mau estado cognitivo/bom estado cognitivo ($p = 0,001$);
- Insatisfatório estado cognitivo/bom estado cognitivo ($p = 0,030$),
- Satisfatório estado cognitivo/bom estado cognitivo ($p = 0,006$).

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas pelo que se aceita a hipótese que relaciona o estado cognitivo com o risco de queda.

Tabela 54: teste de Kruskal-Wallis entre o estado cognitivo e o risco de quedas

	Estado Cognitivo	OM	X ²	p
Escala de Downton	Mau	89,53	16,965	0,001
	Insatisfatório	88,31		
	Satisfatório	92,12		
	Bom	55,12		
Escala de Morse	Mau	88,84	5,335	0,149
	Insatisfatório	77,29		
	Satisfatório	83,46		
	Bom	68,15		

H8 – Relação entre as variáveis independentes (Orientação no tempo, Orientação no espaço, Estado cognitivo, índice de Katz, idade e género) e o índice global da Escala de Downton

Tabela 55: Correlação de Person entre a escala de Downton e as variáveis independente

Face aos resultados obtidos na tabela 55 a primeira variável a entrar no modelo de regressão foi o índice de Katz uma vez que apresenta um maior coeficiente de correlação ($r = 0,302$) apresentando também um erro padrão de regressão de 1,478.

Quadro 3: regressão linear simples entre a Escala de Downton e as variáveis independentes

Variável dependente = Escala de Downton					
R = 0,354					
R ² = 0,125					
R ² ajustado = 0,114					
Erro padrão da estimativa = 1,478					
Incremento R ² = 0,034					
F = 6,128					
p = 0,014					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	
		r		p	
Orientação no Espaço		-0,179		0,011	
Orientação no Tempo		-0,279		0,000	
Estado Cognitivo		-0,239		0,001	
Índice de Katz		0,302		0,000	
Idade		0,259		0,000	
Género/Estado Civil		0,171		0,150	
Constante	1,842				
Índice de Katz	0,100	0,250	3,241	0,001	
Idade	0,023	0,191	2,475	0,014	
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	Df	Média quadrado	F	p
Regressão	49,650	2	24,825	11,369	0,000
Residual	347,196	159	2,184		
Total	396,846	161			

Procedendo à análise da regressão linear simples entre a Escala de Downton e a Orientação no Tempo, Orientação no Espaço, Estado Cognitivo, Índice de Katz, idade e

género, constata-se, através da análise da tabela 55, que o Índice de Katz ($r = 0,302$) é a variável que estabelece associação mais forte com o risco de queda sendo seguida pela idade ($r = 0,259$), enquanto a menor é observada no género ($r = 0,171$).

As correlações com as diferentes variáveis são negativas e significativas para Orientação no Tempo, para a Orientação no Espaço e para o Estado Cognitivo e são positivas e significativas para o Índice de Katz e para a idade. O que nos leva a afirmar que quanto menor a Orientação no Tempo, a Orientação no Espaço e o Estado Cognitivo maior o risco de queda e que quanto maior a idade e o Índice de Katz maior o risco de queda.

H9 – Relação entre as variáveis independentes (Orientação no tempo, Orientação no espaço, Estado cognitivo, índice de Katz, idade e género) e o índice global da Escala de Morse

Tabela 56: Correlação de Pearson entre a escala de Morse e as variáveis independentes

	R	p
Orientação no Espaço	-0,112	0,079
Orientação no Tempo	-0,174	0,014
Estado Cognitivo	-0,149	0,029
Índice de Katz	0,050	0,265
Idade	0,087	0,136
Género	0,004	0,481

No segundo modelo de regressão entrou a orientação no tempo que apresenta um coeficiente de correlação em valor absoluto de $r = 0,174$ e um erro padrão de regressão de 21,301.

Quadro 4: regressão linear simples entre a Escala de Morse e as variáveis independentes

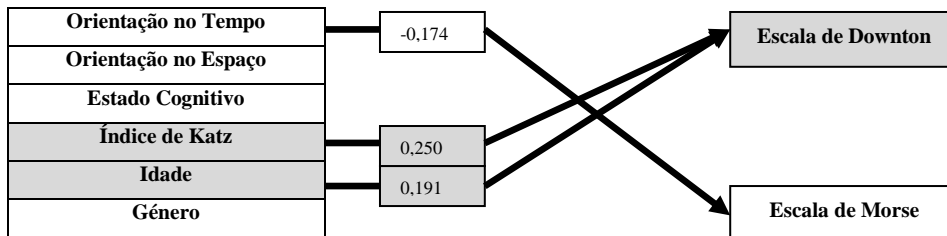
Variável dependente = Escala de Morse				
R = 0,174				
$R^2 = 0,030$				
R^2 ajustado = 0,024				
Erro padrão da estimativa = 21,30122				
Incremento $R^2 = 0,030$				
F = 4,977				
p = 0,027				
Pesos de Regressão				
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p
Constante	48,006			
Orientação no Tempo	-2,961	-0,174	-2,231	0,027
Análise de Variância				

Efeito	Soma quadrados	Df	Média quadrado	F	p
Regressão	2258,230	1	2258,230	4,977	0,027
Residual	72598,714	160	453,742		
Total	74856,944	161			

Procedendo à análise da regressão linear simples entre a Escala de Morse e a Orientação no Tempo, Orientação no Espaço, Estado Cognitivo, Índice de Katz, idade e género, constata-se, através da análise da tabela 57, que o idade ($r = 0,087$) é a variável que estabelece associação mais forte com o risco de queda sendo seguida pelo Índice de Katz ($r = 0,050$), enquanto a menor é observada no género ($r = 0,004$).

As correlações com as diferentes variáveis são negativas e significativas para Orientação no Tempo e para a Orientação no Espaço, negativa e não significativa para o Estado Cognitivo e são positivas e não significativas para o Índice de Katz e para a idade. O que nos leva a afirmar que quanto menor a Orientação no Tempo, a Orientação no Espaço e o Estado Cognitivo maior o risco de queda e que quanto maior a idade e o Índice de Katz maior o risco de queda.

Esquema 2: Síntese entre o risco de queda e as variáveis independentes



Capítulo V – Discussão

Neste capítulo procura-se discutir e interpretar os resultados obtidos à luz das questões de investigação, das hipóteses formuladas, dos objetivos definidos e da metodologia descrita nos capítulos anteriores.

No estudo apresentado verificou-se que houve uma predominância dos indivíduos do género feminino (85 indivíduos).

A mesma predominância foi encontrada num estudo realizado numa unidade de média duração e reabilitação, em que dos 61 indivíduos que constituíam a amostra 34 pertenciam ao género feminino. (Neves J, Rebola R, Santos D, Fernandes M & Caldeira C, 2011)

No relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 apresenta também dados que vão de encontro aos apurados pelo estudo desenvolvido ao longo deste trabalho, 54% dos utentes pertencentes ao RNCCI durante o ano de 2011 pertenciam ao género feminino dado que já se tinha verificado no ano de 2010. (UMCCI, 2012)

Em outro estudo realizado por Fernandes A, Miguel T & Pereira F (2010) numa amostra de 64 indivíduos $\frac{3}{4}$ pertenciam ao género feminino.

Em relação à idade verificou-se que a maioria dos indivíduos pertencentes ao estudo desenvolvido tinha as suas idades englobadas no grupo com 65 anos ou mais (83,3%).

Estes resultados vão encontro dos resultados obtidos no relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2010 em que a maioria dos indivíduos também apresentava idade superior a 65 anos (79,4%). (UMCCI, 2011)

No relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 os resultados obtidos também vão de encontro aos obtidos nos estudos anteriores em que 86% dos indivíduos tinham idade

igual ou superior a 65 anos (46% do género feminino e 40% do género masculino). No mesmo relatório são também mencionados os resultados relativos ao ano de 2008, em que 79,3% dos utentes tinham idade igual ou superior a 65anos, e relativos ao ano de 2009, em que 80,5% dos utentes tinham 65 anos ou mais. Estes resultados também mostram uma predominância dos indivíduos pertencentes a esta facha etária. (UMCCI, 2012)

No que diz respeito ao estado civil no estudo apresentado verificou-se que o grupo que reuniu maior número de indivíduos foi o grupo dos casados/união de facto (37,7%) seguindo-se dos viúvos com 33,3%.

Num estudo realizado por Gonçalves C(2002) a maior parte da população idosa nas instituições de apoio social era viúva (59,6%), 15,2% eram casados e 22% eram solteiros. No que diz respeito às pessoas idosas residentes em alojamentos coletivos por motivo de saúde na sua maioria eram solteiros (55,7%), 27% eram viúvos e 15% casados. Estes dados não vão de encontro aos resultados obtidos nos estudo apresentado ao longo deste trabalho uma vez que na amostra estudada a maioria dos indivíduos apresentam o estado civil de casados.

No relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2010 é referido 49% dos indivíduos eram casados, 32% viúvos, o que vai de encontro aos resultados encontrados no estudo desenvolvido. (UMCCI, 2011)

Em outro estudo realizado por CASSARO [et al] os resultados também vão de encontro aos resultados obtidos, em que 41,38% dos indivíduos eram casados e 44,84% eram solteiros.

Em relação às habilitações literárias no estudo apresentado no relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados de 2010 os resultados apresentados, em que a maioria dos indivíduos tinha o 1º ciclo de escolaridade (61%) o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo apresentado em que a maioria dos indivíduos também possui o 1ºciclo de escolaridade (54,3%). (UMCCI, 2011)

Num estudo realizado por Gonçalves C (2002), na análise da população idosa institucionalizadas por qualificações académicas, verificou-se que se trata de uma população com baixos níveis de instrução em que 67,1% dos indivíduos

institucionalizados em apoio social não tinham qualquer grau de ensino, incluindo quem sabe ler e escrever, e 63,6% dos indivíduos institucionalizados em apoio de saúde possuíam o mesmo nível de ensino.

Em relação ao motivo que levou os indivíduos estudados a estarem internados tanto para o motivo descanso do cuidador/dependência nas AVD como para o motivo reabilitação a percentagem apresentada foi igual 19,1%. A maior percentagem encontra-se no grupo das doenças. É de salientar que cada individuo pode apresentar mais do que um motivo de internamento.

No relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2011 o motivo dependência nas AVD foi responsável por 90% dos casos referenciados a nível nacional na RNCCI, a reabilitação por 57% dos casos e o descanso do cuidador por 6% dos casos. No mesmo relatório são abordados os dados relativos ao ano de 2010 em que também 90% dos casos referenciados a nível nacional para a RNCCI se deveram ao motivo descanso do cuidador. Pode ainda ler-se no mesmo relatório que as unidades de longa duração e manutenção são aquelas que apresentam uma maior percentagem de internamentos devidos ao motivo descanso do cuidador (22%). (UMCCI,2012) De certo modo estes dados vão de encontro aos obtidos no estudo apresentado neste trabalho uma vez que no grupo doenças se encontram agrupados motivos cujas percentagens se apresentavam muito baixas não permitindo resultados credíveis na sua análise individualizada, ficando assim três grandes grupos de análise as doenças, descanso do cuidador/dependência nas AVD e reabilitação tendo sido estes últimos os que mais se destacaram na amostra estudada.

No que diz respeito à análise da classificação dos medicamentos tomados de acordo com os Critérios de Beers, aplicados aos indivíduos cuja idade seja igual ou superior a 65 anos, 44 indivíduos apresentaram toma de medicamentos com risco considerado elevado, 5 apresentaram risco considerado ligeiro e 86 não apresentavam risco.

Num estudo realizado por Martins S, Soares M, Van Mil J & Cabrita J, 2006 numa amostra de 213 doentes estudados 82 (38,5%) tomavam medicamentos inapropriados de acordo com os Critérios de Beers,

Em outro estudo realizado por Gallagher [et al] (2008) citado por Soares M (2011), de 597 doentes admitidos num hospital 32% tomavam pelo menos 1 medicamento potencialmente inapropriado de acordo com os Critérios de Beers.

Em outro estudo ainda, realizado por Soares M (2009) citado por Soares M (2011), numa amostra de 570 doentes em que foi avaliada a prescrição de medicamentos, 9,5% eram classificados como inapropriados (9,2% no nível elevado e apenas 0,3% no nível ligeiro).

No que diz respeito aos dados obtidos da aplicação da escala de Downton verificou-se que 95,1% dos indivíduos apresentavam risco de queda e apenas 4,9% não apresentavam risco de queda; dados que vão de encontro aos obtidos por Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I (2011).

Em relação ao parâmetro da medicação avaliado na escala de Downton o estudo apresentado a maioria dos indivíduos consumiam 2 a cinco medicamentos diferentes o que vai de encontro ao estudo realizado por Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I (2011) em que 81,1% dos utentes tomavam 2 a 5 medicamentos. No parâmetro que avalia o estado mental, 56,2% apresentavam-se como desorientados e 43,8% como orientados. O estudo de Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I (2011) não confirma o resultado obtido uma vez que apurou que a maioria dos indivíduos se classificava como orientados (58,5%). Na avaliação do tipo de deambulação a maioria dos indivíduos apresentavam alterações na deambulação (89,5%) o que é confirmado pelo estudo de Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I (2011) em que 71,7% apresentavam deambulação impossível e 18,9% apresentavam marcha insegura.

Em relação à dependência na realização das atividades de vida diária no estudo apresentado 66% dos indivíduos foram classificados como dependentes o que é confirmado pelos resultados do relatório final: resultado da região norte tipologias e instituições, em que também a maioria dos indivíduos se apresenta como dependentes 55,3% e apenas uma minoria é classificado como independente 18,3%. (UMCCI, 2011)

No relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados de 2010 43% dos indivíduos necessitavam de ajuda para se alimentarem, 42% necessitavam de ajuda na concretização da sua higiene e 33%

necessitavam de ajuda para a toma da sua medicação. (UMCCI, 2011). Resultados que vão de encontro aos obtidos no estudo realizado em que 69,2% dos indivíduos apresentam necessidade de ajuda para se alimentarem, 79,6% necessitam de ajuda na realização da sua higiene e 40,1% necessitam de ajuda para a toma da sua medicação.

H1 – A idade influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Analisando a hipótese formulada pode-se concluir que existe relação entre a idade e o risco de queda tanto na escala de Morse ($p = 0,037$) como para a escala de Downton ($p = 0,000$).

Segundo Pina S et al (2010) num estudo realizado no Centro Hospitalar da Cova da Beira o maior número de queda verificou-se no grupo com idades compreendidas entre 75 e 85 anos.

Segundo Nogueiro M, Teiga M & Lopes P (2002) as quedas embora aconteçam em qualquer idade, são mais frequentes nas idades extremas da vida (até aos 5 anos e depois dos 65 anos).

Num estudo realizado por Pereira R et al (2001) revela que 32% dos indivíduos entre os 65 e os 72 anos tem pelo menos uma queda por ano, 35% dos indivíduos entre os 75 e os 84 anos tem pelo menos uma queda por ano e 51% dos indivíduos acima dos 85 anos tem pelo menos uma queda por ano.

Num estudo realizado na Catalunha mostra que 17,9% das pessoas com mais de 65 anos sofreram pelo menos uma queda nos 12 meses que antecederam a recolha de dados e essa frequência aumenta com a idade (Siqueira F et al, 2007)

Num estudo realizado no Rio Grande do Sul dos 13 indivíduos que apresentaram quedas no ultimo ano 9 tinham idades compreendidas entre os 70 e 79 anos. (Santos S, Valcarenchi R, Silva M, Gautério D & Rosa B, 2011)

Assim a aspiração em verificar se existem efeitos significativos entre a idade e o risco de queda foi aceite.

H2 – O género influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Analisando a hipótese formulada pode concluir que existe relação entre o género e o risco de queda, verificando-se esta relação na escala de Downton ($p = 0,030$).

Segundo um estudo realizado por Miranda R, Mota V & Borges M (2010) foi verificado que o maior número de quedas ocorreu nos indivíduos do sexo masculino, em que 77% já tinham caído pelo menos uma vez.

Num estudo realizado no Centro Hospitalar da Cova da Beira, durante o decorrer do mesmo ocorreram 182 quedas, em que 82 quedas ocorreram em indivíduos do sexo feminino e 100 em indivíduos do sexo masculino.

Num estudo realizado por Pereira R et al (2001) revela que 32% dos indivíduos entre os 65 e os 72 anos tem pelo menos uma queda por ano, 35% dos indivíduos entre os 75 e os 84 anos tem pelo menos uma queda por ano e 51% dos indivíduos acima dos 85 anos tem pelo menos uma queda por ano. Dentro da mesma faixa etária, existe uma maior frequência de quedas nas mulheres do que nos homens.

Num estudo realizado no Rio Grande do Sul dos 13 indivíduos que apresentaram quedas no último ano 11 pertenciam ao sexo feminino (Santos S, Valcarenchi R, Silva M, Gautério D & Rosa B, 2011).

Assim a aspiração em verificar se existem efeitos significativos entre o género e o risco de queda foi aceite.

H3 – O número de medicamentos tomados influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Quanto ao número de medicamentos, observou-se que existe relação com o risco de queda através da avaliação da escala de Downton ($F = 8,757$; $p = 0,000$).

Num estudo realizado na UCCI da Irmandade de Nossa Senhora das Necessidades – Vila Nova de Poiares 81,1% dos utentes tomam entre 2 a 5 medicamentos diferentes. (Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I, 2011)

Num estudo realizado por Nogueira A, Novo A, Branco D, Mendes E & Preto L (2010), 95% dos indivíduos encontravam-se polimedicados, consumindo em média 8,2 medicamentos diferentes.

Brito F, Costa S (2001) relatam que medicamentos como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados como propiciadores de episódios de quedas. Este facto deve-se a que estes medicamentos podem diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural.

Segundo Lawlor D e Patel R (2003) é assumido que o número de doenças crónicas, o uso de tranquilizantes e antidepressivos, e a polimedicação se associam com o aumento do risco de quedas.

O risco de quedas aumenta com o número de factores de risco, entre os quais a medicação. A polimedicação é considerada um factor de risco importante nas quedas dos idosos. (UMCCI, 2011)

Num estudo realizado por Lawlor D e Patel R (2003), envolvendo mulheres dos 60 aos 79 anos, foi verificado que o risco de queda foi de 1,4 para o uso de 3 medicamentos e 1,7 para 4 ou mais medicamentos. Se for considerado o número de medicamentos considerados de risco, para o uso de 3 medicamentos o risco era de 1,3 e para 4 ou mais medicamentos o risco era de 2,5.

H4 – A diminuição da acuidade auditiva influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Analisando a hipótese que relaciona a diminuição da acuidade auditiva com o risco de queda encontrou-se relação através do teste de Mann-Whitney (UMW = 1376,00; $p = 0,000$).

H5 – A diminuição da acuidade visual influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados continuados

Quanto à diminuição da acuidade visual verificou-se que existe relação com o risco de queda (UMW = 1444,50; $p = 0,000$).

Num estudo realizado por Miranda R, Mota V & Borges M (2010) do total da amostra analisada 76% dos indivíduos já tinha acido pelo menos uma vez e um dos factores de risco mais presente foi o comprometimento visual.

H6 – A necessidade de ajuda para a realização das Atividades de Vida Diária influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

Analisando o risco de queda com a necessidade de ajuda na realização das atividades de vida diária observou-se relação entre ambos tanto para a escala de Morse ($F = 8,928$; $p = 0,000$) como para a escala de Downton ($F = 6,574$; $p = 0,000$).

Os idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos e que necessitam de ajuda para a realização das suas atividades de vida diária (tais como comer, tomar

banho, vestir-se, sair da cama, incontinência fecal e urinária) tem uma probabilidade de cair 14 vezes maior que pessoas da mesma idade independentes. (Saraiva D et al, 2008)

H7 – O estado cognitivo influencia o risco de queda dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados

No que diz respeito ao estado cognitivo verificou-se relação com o risco de queda na avaliação da escala de Downton ($F = 6,203$; $p = 0,001$).

H8 – Relação entre as variáveis independentes (Orientação no tempo, Orientação no espaço, Estado cognitivo, índice de Katz, idade e género) e o índice global da Escala de Downton

Os testes F são estatisticamente significativos, o que conduz à rejeição da nulidade entre as variáveis em estudo.

Os valores de t apresentam significância estatística o que permite afirmar que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo no risco de queda pois os coeficientes de cada um apresentam um valor diferente de zero.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que o índice de Katz apresenta maior valor preditivo, seguido pela idade.

H9 – Relação entre as variáveis independentes (Orientação no tempo, Orientação no espaço, Estado cognitivo, índice de Katz, idade e género) e o índice global da Escala de Morse

Os testes F são estatisticamente significativos, o que conduz à rejeição da nulidade entre as variáveis em estudo.

Os valores de t apresentam significância estatística o que permite afirmar que as variáveis independentes que entram no modelo de regressão têm poder explicativo no risco de queda pois os coeficientes de cada um apresentam um valor diferente de zero.

Pelos coeficientes padronizados beta notamos que a orientação no tempo apresenta maior valor preditivo.

Capítulo VI – Conclusão

Estudar os utentes internados nas unidades de cuidados continuados, é um repto enorme, uma vez que permite perceber como é que estes utentes vivem e em que medida os serviços de saúde respondem às suas necessidades.

O desenvolvimento deste trabalho permitiu identificar vários pontos em que é muito importante investigar. É desta forma que seria pertinente e importante sugerir que as unidades de cuidados continuados para além da avaliação do risco também implementem medidas de prevenção. Medidas essas que não devem apenas reportar-se às previstas na legislação, mas também a medidas eficazes e adequadas a cada instituição para a redução das complicações.

Assim sendo a análise dos fatores desencadeantes das quedas e as circunstâncias em que estas ocorrem, assume-se como um pólo fulcral na intervenção do enfermeiro na promoção das estratégias preventivas de quedas

Deste modo torna-se necessário que as estratégias implementadas às necessidades do utente internado na unidade de saúde.

Espera-se que a realização deste estudo possa avistar futuros desenvolvimentos nesta temática, de forma a que todos possamos contribuir para que o número de quedas registadas diminuam e diminuam consecutivamente as consequências das mesmas através da implementação de uma política preventiva apostando na prevenção dos fatores de risco.

Referências Bibliográficas

Almeida R; Abreu C & Mendes A (Dezembro 2010) Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. Revista de Enfermagem Referência. III série, nº2,p.163-172

Biazus M, Balbinot N & Wibelinger L (Janeiro/Abril 2010) Avaliação do Risco de Quedas em Idosos. RBCEH. Brasil, Passo Fundo. Vol. 7, nº 1, p. 34 – 41

Borges F (2007) Estudo de percepção do idoso institucionalizado em relação ao seu alcance funcional. Brasília: Dissertação de mestrado em gerontologia, Universidade católica de Brasília.

Brito F e Costa S (2002) Urgências em geriatria. Edições Atheneu, p 323 335.

Burns N e Grove S – Investigación en Enfermería. 3ª edição. Madrid: Elsevier, 2004, p.209-251.

Cabral J e Guimarães R (2007) Estatística, 2ª edição, Faculdade de engenharia da universidade do Porto: edições McGraw-Hill, p.2.

Campana A(2001) Investigação científica na área médica. São Paulo.

Cassaro D, Costa V, Santos A & Crepaldi S – Grau de dependência de idosos para as atividades básicas de vida de acordo com a escala de Katz. III CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE – CONHECER, PROMOVER E AGIR. Centro Universitário de Maringá.

CENSOS (2011) Resultados preliminares. INE, Lisboa, Portugal. ISBN 978-989-25-0135-2

Costa S (2010) Estudo de pacientes adultos que sofreram queda no leito em um hospital universitário. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Coutinho E e Silva S (setembro/outubro 2002) Uso de medicamentos como factor de risco para fratura grave decorrente de queda em idoso. Cadernos de saúde publica, rio de janeiro DECRETO DE LEI Nº 101/2006.

Diário da República – I série A. 109 (2006/6/6) 3856 – 3865. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DELIBERAÇÃO Nº 131/97 de 27 de Julho. Diário da República – II série, nº 166 – 10ª revisão da classificação de doenças e problemas relacionados com a saúde. [consult. 10 Janeiro 2012]. Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt>

Diccini S, Pinho P & Silva F (Julho/agosto 2008) Avaliação de risco e incidência de quedas em pacientes neurocirúrgicos. Revista Latino americana de enfermagem.

Duarte Y, Andrade C & Lebrão M (2007) O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista Escola de Enfermagem USP. São Paulo, p. 317 – 325.

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU (2009) Guia Orientador de Trabalhos escritos. Viseu: [s.n.]. 61f. acessível na biblioteca da escola superior de saúde de Viseu

Fernandes A, Miguel, T & Pereira F (2010) Fatores, riscos e consequências de quedas em idosos institucionalizados. CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 6, Chaves - Saúde, envelhecimento e políticas de cuidar. Chaves: Escola Superior de Enfermagem Dr. Timóteo Montalvão Machado, 2010.

Fhon F (2011) Prevalência de quedas em idosos e sua relação com a fragilidade e capacidade funcional. São Paulo, Ribeirão Preto: Dissertação de mestrado em enfermagem, fundamental, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto.

Fortin M (2009) Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta,. ISBN 978 – 989 – 8075 – 18 – 5

Galvão C (Novembro, Dezembro 2006), O idoso Polimedicação –estratégias para melhorar a prescrição. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Nº 6, p. 747 – 752

Garcia A, Roque A, Lopes F, Santos M & Ferreira I . 2011 . Risco de queda na pessoa idosa institucionalizada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Gonçalves C (2002) As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos. Revista de Estudos Demográficos. nº34, p.41-60.

Guimarães J e Farrinaty P (Setembro/Outubro 2005), Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Revista Brasileira Med. Esporte. Brasil, Rio de Janeiro. Vol. 11, nº 5, p. 299 – 305

Gurwitz J, Field T, Judge J et al (2005) The incidence of adverse drug in two large academie long term care facilities.

HOSPITAL BASE DE LINARES (Março 2010) Protocolo de prevencion de caída. Linares:, p.6. [consult. 12 dezembro 2011]. Disponível em www.dospitaldelinares.cl/index2.php?

Lawlor D, Patel R & Ebrahim S (2003) Association between falls in elderly women and chorn diseases end drug use. BMJ.

Lopes M (2010) Plano Nacional de Saúde 2011/2016, Cuidados Continuados Integrados em Portugal-analisando o presente, perspetivando o futuro. Évora, p. 9 – 37.

Maroco J (2010) Análise estatística com o PASW statistic. Reporte number. ISBN 978-989-96763-0-5

Martins S, Soares M, Vanmil J & Cabrita J (2006) Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients: effect of the Beers criteria update. Pharm World sci.

Miranda R, Mota V & Borges M (julho/agosto 2010) Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. Revista enfermagem integrada. Ipatanga: Unilest, Vol. 3, nº1, p.455.

Neves J; Rebola R, Santos D, Fernandes M & Caldeira C (2011) Prevenção e monitorização de quedas de utentes internados na UMDR de Naturidade.

Nogueiro M, Teiga M & Lopes P (Setembro de 2002) Quedas no Idoso: um fenómeno banal mas preocupante. Nursing. Lisboa. ISSN 0871 – 6169. Ano 14, nº 169 , p. 26 – 30

Nogueiro A, Novo A, Branco D, Mendes E & Preto L (2010) Potencial funcional e risco de queda. Congresso Nacional de enfermagem de reabilitação – acrescentar qualidade de vida. Santa Cruz, Madeira.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2009: 10 anos do observatório português dos sistemas de saúde, 30 anos do serviço nacional de saúde-Razões para continuar.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2011: da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde.

Pereira A (1999) SPSS Guia Prático de Utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Pereira R, Buksman S, Perracin M, Pyl L, Barreto K & Leite V (2001) quedas em idosos. Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia, p 1-9

Pestana M e Gageiro J (2005) Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pina S, Saraiva D, Vaz I, Ramalhinho J, Ferreira L & Batista P (dezembro 2010) Quedas em meio hospitalar. Revista Ordem dos enfermeiros. Nº 36, p. 27-29.

Polit D, Beck C & Hungler B (2006) Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos de avaliação e utilização. 5ª edição. São Paulo, Brasil.p.163-198.

Quaresma I (2008) O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários. Porto: Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

Rodrigues I (2009) Velocidade de marcha, quedas, medo de cair e capacidade funcional em idosos da comunidade: dados do FIBRA. Campinas: dissertação de mestrado em gerontologia, Faculdade de ciências médicas da universidade estadual de campinas.

Roehl B, Talet A & Parks S (2006) Medication prescribing for older adults. Annals of long term care: clinical care and aging disponível em <http://www.annalsoflongtermcare.com/attachments/5779.pdf>

Ruiperez I e Llorente P – Guias práticos de enfermagem, geriatria (1998) 1ªedição, Rio de Janeiro

Santos S, Valcarenchi R, Silva M, Gautério D & Rosa B (2011) Relação da funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. Referência. Coimbra, V, Suplemento.

Saraiva D, Louro I, Ferreira L, Batista P, Pina S & Ramalhinho J (Julho 2008) Quedas indicador de Qualidade Assistencial. Nursing . Lisboa. ISSN 0871 – 6169. Ano 18, nº 235, p. 28 – 35

SEMINÁRIO CONTRIBUTOS PARA A SAÚDE NA POPULAÇÃO SÉNIOR, 3, Bragança (2011) Mais idade mais saúde. Bragança: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança, 2011.

SERVIÇO ANDALUZ DE SALUD, CONJERIA DE SALUD – Valoracion de las actividades de la vida diária – Índice de Katz.[consult. 12 dezembro 2011]. Disponível em

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

Silva E, Barcelos R, Nunes W & Brasileiro E (Janeiro/Julho 2010) Causas e consequências em idosos atendidos em urgência e emergência. Revista eletrônica de enfermagem do centro de estudos em enfermagem e nutrição [em linha];. Disponível em <http://www.ceen.com.br/revistaelectronica>

Simpson J (2000) Instabilidade postural e tendência às quedas. In: Pichles B et al, Fisiologia na 3ª idade, 2ed, São Paulo.

Siqueira F, Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Vieira V & Hallal P (2007) Prevalência de Quedas em idosos e fatores associados. Revista de Saúde Pública. Brasil, Pelotas, p. 749 – 756

Soares M, Fernandez – Llimos F, Lança C, Cabrita J & Morais J (Setembro/ Outubro 2008) Operacionalização para Portugal Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados no Doente Idoso. Acta Médica Portuguesa. II série, Vol. 2, nº 5, p. 441 – 452

Soares M (2011) Optimização da terapêutica farmacológica cardiovascular no idoso: para além dos Critérios de Beers. XXXII Congresso Português de Cardiologia, 8/10 de Abril de.

Sousa R (julho/setembro 1999) Enfermagem agora, as quedas na pessoa idosa. In: Revista de enfermagem, 2ª série, nº15, p 19-26

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (Março 2007) Orientações de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (Fevereiro 2008) Problemas relacionados com medicamentos no idoso.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS (Março 2011) Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2010.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (Julho de 2011) Relatório intercalar de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados-1º semestre de 2011.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS(4 de Julho de 2011) Relatório Final: Resultados Globais da Região Norte, Tipologias e Instituições.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (Agosto 2011) Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – Avaliação Biopsicossocial através do instrumento de avaliação integral

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (Fevereiro, 2012) Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Ziere G, Dieleman J, Pols H, Vander Carmmen T & Stricker B (2005) Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. BRJ chin farmacol.

ANEXO 1

Instrumento de colheita de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
1º CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



A Escola Superior de Saúde de Viseu pretende realizar um estudo subordinado ao tema “Risco de Quedas dos Utentes Internados nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Viseu: factores desencadeantes”, sob a coordenação da Professora Doutora Claudia Chaves. Este questionário é anónimo e todos os dados recolhidos são confidenciais.

1. Género: Masculino Feminino **2. Idade:** _____ anos

3. Estado Civil: Solteiro (a) Casado (a)/ União de Facto Divorciado (a)/ Separado(a)
 Viúvo (a)

4. Que estudos tem? Não sei ler nem escrever

Só sei ler e escrever
 1º Ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
 2º Ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
 3º Ciclo de ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
 Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus

5. Motivo do Internamento: _____

6. Diagnóstico Principal: _____

7. Diagnóstico Secundário: _____

8. Diminuição da acuidade visual? Não Sim. Usa óculos? _____

9. Diminuição da acuidade auditiva? Não Sim. Usa aparelho auditivo? _____

10. Tem problemas de incontinência urinária? Não Sim
10.1-Se sim, recorre ao uso de algum dispositivo urinário? Não Sim; Qual? _____

11. Necessidade e ajuda para a deslocação ao WC? Não Sim

12. No seu dia-a-dia necessita de utilizar equipamento de apoio à marcha? Não Sim. Qual? _____

13. No seu dia-a-dia costuma sentir dor? Nunca Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre

14. Consegue tomar os seus medicamentos? Sem Ajuda Com alguma ajuda Não consegue toma

15. Quantos medicamentos diferentes toma? _____

	16. Nome do medicamento	16.1 Horário da toma do medicamento
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

17. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS DE MORSE

	Pontos	Score
• História de Quedas nos últimos 3meses	Não	0
	Sim	25
• Diagnóstico Secundário	Não	0
	Sim	15
• Ajuda na Mobilização Acamado/Repouso no leito Bengala/Andarilho/Canadiana Aparelho/Equipamento		0
		15
		30
• Terapia Endovenosa	Não	0
	Sim	20
• Marcha Normal/Acamado/Cadeira de Rodas Lenta Alterada/Cambaleante		0
		10
		20
• Estado Mental Orientado Desorientado/Confuso		0
		15
	TOTAL	

18. ESCALA DE DOWNTON

• Quedas Anteriores	Não	0
	Sim	1
• Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizantes/Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
	Outros medicamentos	1
• Défices Sensoriais	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
	Alterações Auditivas	1
	Extremidades (ictus,...)	1
• Estado Mental	Orientado	0
	Desorientado	1
• Deambulação	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ajuda/sem ajuda	1
	Impossível	1
	TOTAL	

19. ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA EM ADL (Índice de KATZ)

Função 1: Tomar banho - banho com esponja, banho imersão ou chuveiro	
<input type="checkbox"/>	Não recebe assistência (entra e sai da banheira ou duche sozinho).
<input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente numa parte do corpo (ex. costas ou perna, etc.).
<input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho mais do que numa parte do corpo (senão não tomaria banho).
Função 2: Vestir-se - Tira roupas do armário e gavetas, incluindo roupas interiores, exteriores e acessórios (cinto, suspensórios)	
<input type="checkbox"/>	Tira as roupas e veste-se completamente sem assistência.
<input type="checkbox"/>	Tira as roupas e veste-se sem assistência excepto para calçar os sapatos.
<input type="checkbox"/>	Recebe assistência para tirar as roupas ou para se vestir, ou fica em parte ou completamente despido.
Função 3: Higiene - Ir ao quarto de banho para urinar ou evacuar, limpar-se e arranjar o vestuário.	
<input type="checkbox"/>	Vai à casa de banho, limpa-se e arranja-se sem assistência (pode usar bengala, cadeira de rodas, ou pode usar um bacio e limpá-lo pela manhã).
<input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir à casa de banho ou limpar-se, arranjar as roupas depois de urinar ou evacuar, ou usar o bacio ou a arrastadeira.
<input type="checkbox"/>	Não vai à casa de banho.
Função 4: Deslocar-se	
<input type="checkbox"/>	Entra e sai da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar bengala ou cadeira de rodas).
<input type="checkbox"/>	Entra ou sai da cama com assistência.
<input type="checkbox"/>	Não sai da cama.
Função 5: Continência	
<input type="checkbox"/>	Controla os esfíncteres da micção e defecção, completamente sozinho.
<input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" ocasionais.
<input type="checkbox"/>	Recebe ajuda para manter o controlo urinário ou da defecção; usa-se um catéter ou tem incontinência.
Função 6: Alimentar-se	
<input type="checkbox"/>	Alimenta-se sozinho sem assistência.
<input type="checkbox"/>	Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos ou a pôr manteiga no pão.
<input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por tubos ou líquidos intravenosos, parcial ou totalmente.

20. Orientação: "Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que distrito vive? _____
8. Em que terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____