



**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO-**

**Intervenções de Enfermagem Promotoras da  
Autonomia e Segurança na Mobilidade de Pessoas  
Idosas no Domicílio**

**LUÍS FILIPE DA SILVA MENDES**

**2013**



**2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE REABILITAÇÃO**

**- DISSERTAÇÃO DE MESTRADO-**

**Intervenções de Enfermagem Promotoras da  
Autonomia e Segurança na Mobilidade de Pessoas  
Idosas no Domicílio**

**LUÍS FILIPE DA SILVA MENDES**

**ORIENTADOR**

**JOÃO CARLOS BARREIROS DOS SANTOS**

**2013**



## **PENSAMENTO**

“Investir na prevenção de quedas  
é investir na qualidade de vida da  
Pessoa Idosa.”

Luís Mendes

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor João Santos por ter aceite este projecto, pela orientação disponibilizada e pelos contributos para a realização desta dissertação.

À Enfermeira Directora do Hospital Curry Cabral (Enfermeira Paula Luís), pela autorização do estudo de investigação nos Serviços de Ortopedia.

Às Enfermeiras Chefes dos Serviços de Ortopedia - Isabel Dionísio e Helena Paula Duque, pela disponibilidade demonstrada e por acreditarem neste projecto, como uma mais valia para os serviços.

Ao Enfermeiro Luís Sousa, por toda a disponibilidade e ajuda no tratamento estatístico dos dados do estudo em SPSS.

Às Equipas de Enfermagem dos Serviços de Ortopedia, por todo o apoio e simpatia, que muito contribuiu para a finalização desta dissertação.

## **RESUMO**

As quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas à redução da capacidade funcional do idoso e à sua institucionalização. Rubenstein e Josephson (2006) referem que embora a maioria das quedas não apresentem consequências graves, entre 5% a 10% das pessoas que vivem na comunidade, apresentam lesões graves, tais como fractura, traumatismo craneano ou laceração grave. Das pessoas com fractura do colo do fémur, 25% a 75% não recuperam o seu nível de função para deambular ou para as actividades de vida diárias. A revisão da literatura relacionada com o tema incidiu sobre quedas, factores de risco, estratégias de prevenção e programas de prevenção de quedas em idosos.

Este estudo de carácter exploratório e descritivo pretende conhecer os factores de risco presentes nas situações de queda com vista à criação de um Programa de Prevenção de Quedas no Domicílio. Foi aplicado um questionário sobre Factores de Risco de Quedas no Domicílio, a pessoas com idade maior ou igual a 65 anos, internadas nos Serviços de Ortopedia de um Hospital de Lisboa entre 01 de Fevereiro de 2012 e 31 de Março de 2012. Foi utilizado o SPSS versão 16.0 para Windows, para análise dos dados obtidos.

A média de idades dos indivíduos, a quem foi aplicado o questionário foi de 80,2 anos, sendo o sexo feminino o mais frequente (80,6%). A fractura do colo do fémur, estava presente em 28 casos, sendo o sexo feminino prevalente, o que vai de encontro do que é referido pela literatura científica. A história de quedas repetidas, o medo de cair, as alterações do equilíbrio e da marcha, presentes em grande parte das quedas, assim como a idade avançada e as alterações da visão, são elementos que revelam sintonia com a literatura científica consultada. Verifica-se ainda que os idosos apresentam vários factores de risco de queda, sendo de considerar tanto os factores intrínsecos, assim como os extrínsecos ou ambientais. Dos factores extrínsecos ou ambientais, o calçado inadequado e ausência de dispositivo de apoio para a marcha são os mais relevantes.

O conhecimento de todos os factores de risco é indispensável para delinear estratégias, para prevenir as quedas, sobretudo em idosos de alto risco, com história de quedas repetidas e com múltiplos factores de risco. O risco de queda duplica, para os indivíduos que tem mais de 80 anos, devido aos múltiplos factores de risco

associados com a idade. É fulcral por isso, a implementação de um programa de prevenção de quedas e esse programa deve ser iniciado logo no internamento, pois o risco de queda é ainda maior em pessoas que tiveram internamento recente no hospital. Um programa de prevenção de quedas, deve ter incluído um programa de exercícios individualizado no domicílio do idoso e adaptado às suas capacidades, incluindo sessões de treino, supervisão e visitas domiciliárias.

**Palavras Chave:** Quedas; Idoso; Programas de Prevenção.

## **ABSTRACT**

Falls represent a serious problem for the elderly and are associated to the reduction in functional capacity of the person and their consequent institutionalization. Rubenstein e Josephson (2006) refer that although the majority of falls do not present serious consequences, between 5 and 10% of people who are in the community present serious injuries, such as fractures, head trauma or serious lacerations. Of the individuals with hip fractures, 25 to 75% do not recuperate their gait functional level or functional level for daily life activities. The literature review related to the theme focused on falls, risk factors, prevention strategies and fall prevention programs for the elderly.

This study, of an exploratory and descriptive nature, intends to recognize the risk factors present in situations of falls in order to create a Program of Fall Prevention at Home. A questionnaire regarding Risk Factors of Falls at Home was applied to people aged greater than or equal to 65 years, admitted to the Orthopedics Ward of a Lisbon hospital between February 1<sup>st</sup>, 2012 and March 31<sup>st</sup>, 2012. SPSS version 16.0 for Windows was used to analyze the acquired data.

The average age of the individuals to whom the questionnaire was applied was 80.2 years, being females more frequent (80,6%). Hip fractures were present in 28 cases, where females prevailed, which supports what is mentioned in the scientific literature. A history of repeated falls, the fear of falling, alterations in balance and in gait, present in most falls, as well as, advanced age and vision alterations, are elements which reveal harmony with the scientific literature consulted.

Also noted, is that the elderly present various fall risk factors, requiring the consideration of intrinsic, as well as, extrinsic or environmental factors. Of the extrinsic or environmental factors, inadequate shoes and the absence of walking aids are the most relevant.

The knowledge of all the risk factors is indispensable in order to outline strategies to prevent falls, namely in high risk elderly, with a previous history of falls and with multiple risk factors. The risk of falling duplicates in individuals over 80 years of age due to the multiple risk factors associated to age. Hence, the implementation of a program for fall prevention is key and this program must begin upon admission since the risk is even greater in people with recent hospital admission. A fall prevention program must

include an individualized exercise program at the elderly's home and adapted to their capacities, including training sessions, supervision and home visits.

**Key Words:** Falls; Elderly, Prevention Programs.

**INDICE:**

0. INTRODUÇÃO .....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	14
1.1 Impacto do Envelhecimento na Autonomia e Segurança das Pessoas Idosas.....	14
1.1.1 Impacto na Funcionalidade.....	15
1.1.2 As quedas.....	17
1.1.3.1 Factores de risco de quedas.....	19
1.1.3.2 Consequências das quedas.....	21
1.2 O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na implementação do Programa de Prevenção de Quedas.....	23
2. METODOLOGIA.....	25
2.1 Tipo de Estudo .....	25
2.2 População e Amostra .....	25
2.3 Instrumento de Colheita de Dados .....	26
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	27
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	28
5. PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO.....	41
6. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO .....	47
7. CONCLUSÃO.....	48
8. BIBLIOGRAFIA .....	50
ANEXOS .....	52
ANEXO I - Autorização para a realização do estudo de investigação...	53
APÊNDICES.....	54
APÊNDICE I – Consentimento Informado e Questionário sobre Factores de Risco de Quedas no Domicílio, a Pessoas Idosas com idade maior ou igual a 65 anos e internadas num Serviço de Ortopedia de um Hospital de Lisboa.....	55

APÊNDICE II - <b>Quadro 1 – Artigo nº 1</b> - The physical environment as a fall risk factor in older adults: Systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies.....	56
APÊNDICE III - <b>Quadro 2 – Artigo nº2</b> - Person–environment fit predicts falls in older adults better than the consideration of environmental hazards only.....	57
APÊNDICE IV - <b>Quadro 3 – Artigo nº3</b> - The environment and falls prevention: Do environmental modifications make a difference?.....	58
APÊNDICE V - <b>Quadro 4 – Artigo nº4</b> - Falls and Their Prevention in Elderly.People:What Does the Evidence Show?.....	59
APÊNDICE VI - <b>Quadro 5 – Artigo nº5</b> - Minimising disability and falls in older people through a post- hospital exercise program : a protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation.....	60
APÊNDICE VII- <b>Quadro 6 – Artigo nº6</b> - A risk profile for identifying community - dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3 - year prospective study.....	61

## **0. INTRODUÇÃO**

Este estudo foi feito no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, e pretende contribuir para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

No nosso país, como no resto da Europa e outros países em desenvolvimento, o aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento da população, acabam por traduzir-se num maior número de pessoas com problemas de saúde e dependências. Entre 1960 e 2004, a população idosa (com mais de 65 anos) portuguesa duplicou em valores absolutos e prevê-se que em 2050 este grupo represente cerca de 32% da população total. O índice de dependência de idosos aumentou de igual forma no mesmo período, e as estimativas para as próximas décadas são de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa aumentem, já que é igualmente previsível o aumento da prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Em Portugal, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objectivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, o Ministério da Saúde publicou, em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde entretanto criada pela Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro.

Este Programa, assenta em três pilares fundamentais: a promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida, uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas, e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas, recomendando ainda uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.

Neste contexto, escolhi estudar e aprofundar as Intervenções de Enfermagem Promotoras da Autonomia e Segurança na Mobilidade de Pessoas Idosas no Domicílio. Esta escolha decorre do contacto com a problemática das quedas e das suas consequências, dado estar a exercer a actividade profissional num Serviço de Ortopedia, de um Hospital de Lisboa, onde são internadas pessoas idosas vítimas de queda, da qual resultou fractura bem como pessoas idosas com outros diagnósticos, tais como Coxartrose e Gonartrose, para colocação de próteses, em relação às quais é fundamental ter uma atitude preventiva da ocorrência dessas quedas. O facto destes idosos já terem tido uma queda ou de lhes ter sido colocada uma prótese, torna-os mais propensos a terem uma nova queda ou apresentarem maior risco de cair. No Serviço de Ortopedia, estou a prestar cuidados de reabilitação desde 23 de Agosto de 2010, deparando-me com uma nova experiência e assumindo um papel diferente no contexto da prática, emergindo como pertinente a elaboração de um Programa de Prevenção de Quedas no Domicílio, para ser aplicado ainda durante o internamento e após a alta no domicílio, susceptível de obter resultados ao nível da diminuição da incidência de quedas no domicílio. Tamara (2005), refere-nos que há evidência de que a triagem de ambientes de risco em associação com exames de saúde do idoso e programas de intervenção são eficazes na redução da incidência de quedas.

Este estudo, de carácter descritivo e exploratório, visa precisamente conhecer os factores de risco presentes nas situações de queda de forma a tornar o programa de prevenção a elaborar, mais adequado à realidade e portanto mais eficaz.

Esta Dissertação contém oito capítulos, começando com uma introdução onde se faz a justificação e enquadramento geral da temática e o objectivo do estudo. Segue-se depois o enquadramento teórico, onde se faz referência ao impacto do envelhecimento na autonomia e na segurança das pessoas idosas, incluindo aqui a evolução demográfica e o impacto do envelhecimento na funcionalidade. Também aqui se faz

referência às quedas, fazendo uma abordagem aos factores de risco, às suas consequências e, ao papel do enfermeiro especialista em reabilitação na implementação de um programa de prevenção de quedas, tendo como base a reflexão, a análise de artigos e outra literatura científica.

No capítulo da metodologia faz-se referência ao tipo de estudo, à população e amostra e ao instrumento de colheita de dados. Após as considerações éticas, faz-se a apresentação e discussão dos dados com o recurso aos dados de investigação publicados em artigos científicos (das bases de dados electrónicas). Esta análise permitiu a elaboração de um programa de prevenção de quedas no domicílio a implementar no serviço.

Finalmente apresentam-se as limitações e implicações deste estudo e as principais conclusões.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Os progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular, contribuíram, de modo decisivo, para um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX. Este aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causa impacto profundo na saúde pública.

Estima-se que, em 2007, a população mundial com 65 e mais anos representava cerca de 7% do total. Em 2030, prevê-se que mais de 60 países terão, no mínimo, 2 milhões de idosos. De todas as regiões do mundo, a Europa é a que apresenta maior envelhecimento, situação que, segundo as projecções, se manterá até 2030. Na Europa a população com mais de 65 anos representava, em 2007, 16 %, prevendo-se que seja de 21%, em 2025, e de 28% em 2050.

Em 2008, o país mais velho do mundo continua a ser o Japão onde a população com mais de 65 anos representa 21% no total da população. A Itália é o segundo país mais velho (19,9%) e logo de seguida a Alemanha (19,8%). Portugal é o sexto país mais velho do Mundo e o 5º mais velho da Europa, com 17,3% de população idosa no total da população.

A fim de compreender a amplitude destes desafios, no que respeita à população, assistiremos a um aumento da percentagem de pessoas idosas, mas também a uma redução dos mais novos. Como resultado destas tendências demográficas na União Europeia em 2060 ( European Commission,2009:20:21;262 ):

- 12% da população terá mais de 80 anos ( em 2010 representam 5% );
- 30% da população europeia terá mais de 65 anos ( em 2010 representam 17% );
- 50% da população europeia terá mais de 50 anos.

### **1.1 Impacto do Envelhecimento na Autonomia e Segurança das Pessoas Idosas**

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm

determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Assim,

“coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática da actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.” (Direcção - Geral da Saúde, 2004, p.3).

A promoção dos factores de segurança atrás referida é reforçada por Letts; Moreland et al (2010), ao afirmarem que as intervenções de redução de risco no domicílio, podem reduzir o risco de queda, especialmente em idosos que não têm a noção do perigo. Sendo assim, a gestão do risco, é particularmente eficaz para os idosos que apresentem maior risco de queda.

Há medida que as pessoas idosas vão envelhecendo, a sua autonomia e segurança fica mais comprometida, o que parece ser confirmado pelo estudo de Lwarsson; Horstmann et al (2008), que demonstrou que as quedas acontecem em idades mais avançadas, pelo facto de os idosos serem mais dependentes e por usarem auxiliares de marcha relativamente a idosos com idades inferiores.

Os mesmos autores referem que a fraqueza muscular e a diminuição de força nos membros inferiores, associadas a pouca actividade física e ao repouso prolongado, interferem na autonomia e segurança das pessoas idosas.

### **1.1.1 Impacto na Funcionalidade**

O conceito de envelhecimento activo é adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e segundo a mesma, consiste no "processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à

medida que as pessoas ficam mais velhas ". De acordo, com esta organização a palavra "activo" diz respeito à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionados com situações susceptíveis de prevenção.

Segundo Lwarsson; Horstmann et al (2008), a avaliação das limitações funcionais, os auxiliares de marcha e a independência nas actividades de vida diárias ( AVD ), é fundamental para determinar a dependência da pessoa idosa na execução de actividades. A redução de riscos ambientais, deve ter em linha de conta a capacidade funcional da pessoa e as intervenções devem ser adaptadas com base nas suas limitações. Pois, de acordo com Rubenstein e Josephson (2006), relativamente ao comprometimento funcional, que leva à incapacidade para a realização das actividades de vida diárias, o risco de queda duplica. Para os mesmos autores, na comunidade o comprometimento funcional para a realização das actividades de vida diárias, afecta 20% das pessoas, enquanto que nos lares de idosos é muito maior, ou seja, 96% requerem ajuda para o banho e 45% necessitam de ajuda na alimentação.

Considerando o Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, dados sociais permitiram constatar uma:

- rede social desfavorável, reflectindo isolamento social, em 13% do total, pior nos mais velhos, nas mulheres e na região Norte;
- hábitos de vida com actividade física desfavorável em 68% do total, sendo pior nos mais velhos;
- dependência de terceiros em actividades da vida diária em 21% do total, pior nos mais velhos, nos homens e na região do Alentejo, com o risco de dependência altamente associado ao sexo masculino e associado à idade avançada;

Foi ainda estimada como fronteira para o aparecimento de factores de dependência, idade superior a 70 anos.

Curiosamente a diminuição da funcionalidade pode estar, ela própria associada à ansiedade pós-queda. Rubenstein e Josephson (2006), referem que, sendo o medo de cair, uma consequência negativa das quedas, pesquisas indicam que entre 30% a 73% dos idosos, reconhecem medo de cair. Esta ansiedade pode conduzir a restrições na realização das actividades de vida diária e até à institucionalização em lares de idosos. A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, pode resultar em declínio funcional e conduzir à depressão, sentimentos de abandono e isolamento social.

### **1.1.2 As quedas**

As quedas são um problema sério de saúde pública em idosos, porque ocorrem com frequência e podem ter consequências graves.

Segundo dados da Direcção Geral da Saúde, nas pessoas com mais de 65 anos, a maior parte dos acidentes ocorre em casa, sendo a queda a sua principal causa. Estima-se que tenha uma frequência de 75% nas pessoas com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos e de 90% com mais de 75 anos. Estes dados são reforçados por Pluijm; Smit et al (2006), que demonstraram que, das pessoas com idade acima de 65 anos e, que vivem na comunidade, 30% têm queda pelo menos uma vez por ano, da qual pode resultar lesões graves, tais como fractura e traumatismo craneano. Também o já citado Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, refere que havia ocorrência de quedas no ano anterior, de causa relacionada com o próprio indivíduo e/ou presença de sequelas, em 44% do total, principalmente nos mais velhos, nas mulheres e na região do Alentejo.

As alterações da marcha, com diminuição da força muscular, rigidez articular e dor associadas ao desgaste das articulações; as alterações do equilíbrio por diminuição da sensibilidade postural e por diminuição da circulação cerebral e do labirinto; e as alterações da visão e audição são algumas das alterações próprias do envelhecimento, que podem contribuir para as quedas no idoso. Algumas destas alterações são agravadas pelo isolamento social, pois o desinteresse e apatia levam o idoso a alimentar-se mal e a sair pouco, aumentando a atrofia muscular e consequentemente as dificuldades de locomoção. Rubenstein e Josephson (2006) referem ainda que a depressão também está associada a um risco cerca de duas vezes maior de queda, e,

muito embora esta relação não esteja bem estudada, a depressão pode resultar em falta de atenção ao meio ambiente em que o idoso vive.

O estudo de Pluijm; Smit et al (2006), para determinar um perfil de risco para a identificação de idosos residentes na comunidade, com um elevado risco de queda recorrente, identificou os idosos com quedas recorrentes como os que caíram, pelo menos, duas vezes, dentro de um período de seis meses, durante os três anos em que decorreu. Neste estudo, foram referidas 2570 quedas, por 55,3% dos entrevistados, sendo que: 21,9% referiram uma queda; 12,6% referiram duas quedas e 20,9% referiram três quedas ou mais e, obtiveram o seguinte resultado: a incidência de quedas recorrentes nos 3 anos foi de 24,9% em mulheres e 24,4% em homens, com idades acima de 65 anos. Dos participantes neste estudo 5,5% referiram um total de 87 fracturas, que resultou da queda, incluindo 20 fracturas do colo do fêmur, 21 fracturas do pulso e sete fracturas do úmero. Foram identificados os seguintes factores de perfil de risco para queda recorrente (presença de dois ou mais factores): queda anterior; tonturas; limitações funcionais; força de preensão fraca; baixo peso corporal; medo de cair; presença de cães e de gatos em casa; nível educacional e consumo excessivo de álcool.

Segundo Letts, Moreland et al (2010), o risco de cair em casa é maior para os idosos, que têm história de quedas repetidas; citando estudos que indicam que 33% dos idosos residentes na comunidade cai uma vez por ano, e destes, 50% têm quedas repetidas; entre 50% a 60% dos residentes em lares de idosos caem a cada ano. Os mesmos autores referem que as quedas acontecem em idades mais avançadas, pelo facto de os idosos serem mais dependentes e por usarem auxiliares de marcha, relativamente a idades inferiores. Nesta linha de pensamento, Rubenstein e Josephson (2006), dizem - nos que estudos indicam que existe uma relação entre fraqueza muscular nos membros inferiores e a ocorrência de queda, que aumenta de 1,76 para 3,06, para pessoas que tenham história de quedas repetidas; os idosos com história de quedas têm um risco três vezes maior de ter nova queda; as alterações da marcha e equilíbrio afecta entre 20 % a 50% das pessoas que têm mais de 65 anos; quase três quartos das pessoas residentes em lares de idosos necessitam de assistência para deambular ou são completamente incapazes de o fazer. Também Rubenstein e Josephson (2006), referem que o risco de queda é o dobro para os indivíduos, que têm mais de 80 anos, devido a múltiplos factores de risco associados com a idade. Segundo Sherrington, Lord et al (2009), as taxas de queda são ainda maiores em pessoas, que

antes tiveram internamento hospitalar e que 14% das pessoas caem no primeiro mês após a alta do hospital.

Neste contexto,

“as quedas são uma das causas predominantes de mortalidade e morbidade do idoso. As suas consequências vão desde lesões mínimas a patologias graves, que provocam drástica diminuição da funcionalidade, independência e qualidade de vida, e conduzem, por vezes, à morte.” ( ECKERT, citado por LUZIO et al, 2003).

### **1.1.3.1 Factores de risco de quedas**

Para Letts, Moreland et al (2010), é importante identificar os factores de risco modificáveis e criar programas eficazes de prevenção de quedas.

Pluijm; Smit et al (2006), fazem referência a estudos que mostram que a implementação de estratégias de intervenção podem reduzir o risco de uma queda em 10% a 25%, tanto a nível de factores de risco de queda intrínsecos, assim como ambientais.

No idoso, numerosos factores podem ser causadores de queda, uns intrínsecos ( idade avançada, défices visuais, auditivos e vestibulares, doença cardiovascular ou neurológica, diminuição da força muscular e da flexibilidade e equilíbrio deficiente), outros extrínsecos ou ambientais. Lwarsson, Horstmann et al (2008), referem que há evidência que a maioria das quedas resulta da combinação da idade, doenças e factores ambientais, sendo que o meio ambiente por si só, não é um factor predictor de quedas.

Rubenstein e Josephson (2006), relativamente, aos factores de risco em geral, referem que a percentagem de quedas aumentou de 27% entre os idosos com um ou nenhum factor de risco para 78%, para aqueles com quatro ou mais factores de risco em simultâneo. Os mesmos autores citam outro estudo realizado em pessoas que vivem na comunidade, com história de quedas repetidas em que o número de quedas aumentou de 10 % para 69% com o aumento do número de factores de risco.

As causas ambientais também são várias: mobiliário, chão molhado ou encerado, tapetes, degraus e escadas, falta de iluminação, animais domésticos e outras. Neste sentido, Pluijm; Smit et al (2006), identificaram a presença de cães e gatos no domicílio, como um factor de perfil de risco para queda.

Letts, Moreland et al (2010), referem que o risco de cair em casa é maior para os idosos que têm história de quedas repetidas. Os estudos encontrados indicam que 33% dos idosos residentes na comunidade caem pelo menos uma vez por ano e, destes 50% têm quedas repetidas; e, entre 50% a 60% dos residentes em lares de idosos caem a cada ano.

As principais causas de quedas no idoso no domicílio são acidentais e devem-se à inexistência de condições de segurança no local de residência, tais como degraus gastos, soalhos encerados e escorregadios, irregularidades no pavimento, tapetes soltos, mobiliário inadequado, banheiras sem tapete e sem apoios, escadas sem corrimão, objectos colocados em locais altos e de difícil acesso, entre outros .

Os quadros de confusão mental e de demência, que podem ser confundidos com estados depressivos ou agravados por estes, são também causa de comportamentos inadequados que podem originar quedas. Segundo o estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, da análise dos dados psicológicos constatou-se um estado emocional desfavorável, mediante uma auto apreciação negativa e/ou a presença de queixas emocionais, em 44% do total, pior nos mais velhos, nas mulheres e uma avaliação cognitiva desfavorável, com teste cognitivo indicativo de demenciação, em 6% do total, também pior nos mais velhos e nas mulheres.

As quedas também podem ser provocadas por doenças que, não sendo causadas apenas pelo envelhecimento, são mais frequentes nesta idade. Incluem – se neste grupo: as arritmias cardíacas, as hipotensões que surgem com as mudanças bruscas de posição, a epilepsia e outras doenças neurológicas, a diabetes, etc.

A polimedicação, o uso de certos medicamentos ou a toma incorrecta dos mesmos, devido a confusão mental e a perturbações da memória, são também causas importantes de queda no idoso. TINETTI, citado por LUZIO et al, 2003, refere que a relação entre as quedas e a administração de múltiplos fármacos, pelo menos quatro, é cada vez mais evidente, salientando-se que muitos deles actuam ao nível dos centros de integração sensorial e do controlo motor, exacerbando os défices fisiológicos já existentes.

Ao referir o abuso de substâncias devemos ter presente que muitas das quedas podem estar relacionadas com o consumo excessivo de álcool. Puijm; Smit et al (2006), referem o consumo excessivo de álcool como um factor do perfil de risco para queda.

Mais raramente, as quedas resultam de situações de doença aguda, como a Pneumonia, o Enfarte de Miocárdio ou um Acidente Vascular Cerebral.

Rubenstein e Josephson (2006), referem que estudos conduzidos em instituições para idosos e na comunidade, detectaram como principais causas de queda relacionadas com:

- Ambiente;
- Marcha e distúrbios do equilíbrio ou fraqueza;
- Tonturas e Vertigens;
- Confusão;
- Hipotensão ortoestática;
- Alterações visuais;
- Síncope;

Referem ainda que em outros estudos, foram indentificados outros factores de risco, tais como:

- História de quedas repetidas;
- Uso de dispositivo de apoio para a marcha inadequado;
- Artrite;
- Depressão;
- Idade superior a 80 anos.

### **1.1.3.2 Consequências das quedas**

As quedas no idoso têm habitualmente consequências mais graves que nos outros grupos etários, quer a nível físico, quer a nível psicológico. Letts, Moreland et al (2010), afirmam que as consequências das quedas acarretam problemas físicos, sociais, psicológicos e económicos.

Assim e, neste contexto,

“a nível físico as consequências mais graves são os traumatismos craneanos, as fracturas e as luxações. Uma das situações mais frequentes e grave é a fractura do colo do fémur, que ocorre quase sempre depois dos 70 anos, e que resulta em mais de 90% dos casos de uma queda. A fractura do colo do fémur, além de levar a longos períodos de hospitalização (com elevados custos económicos), tem complicações frequentes

resultantes da imobilização prolongada, sendo uma causa importante de mortalidade e de diminuição da qualidade de vida. O sexo feminino é mais atingido que o masculino, numa relação de 3:1." Ferrão (2004).

"Vimos ao mundo pela bacia e dele vamos pelo colo do fémur", reflecte a atitude derrotista com que se encaravam, em 1955, as fracturas do colo do fémur."(Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso - Direcção Geral da Saúde,2003).

Aqui são referidas as consequências psicológicas das quedas no idoso, sobretudo se for uma queda grave ou quedas repetidas, como a diminuição da autonomia, devido ao receio de cair; a limitação em termos de actividades sociais e a necessidade de internamento em instituição de terceira idade sentida pelo próprio ou pelos familiares.

Segundo Rubenstein e Josephson ( 2006), cerca de três quartos das mortes nos Estados Unidos, são devido a quedas. Estima-se que 1% dos que caem ( tendo sido diagnosticada fractura do colo do fémur), têm maior risco de mortalidade de 20% a 30%, dentro de um ano após a fractura. Embora a maioria das quedas não apresentem consequências graves, entre 5% a 10% das pessoas que vivem na comunidade, apresentam lesões graves, tais como fractura, traumatismo craneano ou laceração grave. Das pessoas com fractura do colo do fémur, 25% a 75% não recuperam o seu nível de função para deambular ou para as actividades de vida diárias. Ainda neste contexto, Sherrington; Lord et al (2009), referem que existe evidência que um número substancial de pessoas idosas, que estiveram recentemente no hospital, têm maior probabilidade de queda, tendo consequências como fracturas, medo de cair e restrições de actividades de vida diária, declínio físico e internamentos constantes no hospital.

O medo de cair e o aumento da dependência vão condicionar uma maior imobilidade com agravamento dos deficits funcionais, num ciclo vicioso que potencia o risco de novas quedas. O estudo realizado por Rubenstein e Josephson (2006) revela que, entre 30% a 73% dos idosos reconhecem o medo de cair e que esta ansiedade pós-queda, pode conduzir a restrições na realização das actividades de vida diárias e na institucionalização em lares de idosos. A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, pode resultar em declínio funcional e conduzir à depressão e ao isolamento social.

De salientar ainda, que mais de um terço dos indivíduos com mais de 65 anos caem todos os anos e, em metade destes casos, as quedas são recorrentes. (TINETTI, citado por LUZIO, 2003).

## **1.2 O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação na implementação do Programa de Prevenção de Quedas**

A necessidade de cuidados de reabilitação no idoso está em crescimento e constitui um desafio para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Aqui o Enfermeiro Especialista, tem como objectivo prestar cuidados de reabilitação de qualidade, visando promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas, que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente), nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação, baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa, utilizando depois técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação dos clientes e pessoas significativas, nomeadamente no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando - lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida. ( Regulamento nº125/2011- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação).

Neste contexto as intervenções de enfermagem promotoras da autonomia e segurança na mobilidade de pessoas idosas no domicílio, são fundamentais na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades perdidas, capacitando a pessoa para uma maior autonomia, prevenindo assim as quedas. As pessoas idosas internadas em consequência de uma queda necessitam de um programa de prevenção de quedas no domicílio, numa perspectiva de reabilitação, iniciado ainda no internamento, integrando a família como parceira de cuidados. Letts; Moreland et al (2010), referem que é importante identificar os factores de risco modificáveis e criar programas eficazes de prevenção de quedas. No mesmo sentido Rubenstein e Josephson (2006), dizem que a

avaliação do risco de queda tem sido realizada com frequência pelos enfermeiros ou terapeutas no domicílio ou em instituições. Em consequência desta avaliação devem ser desenvolvidos programas de prevenção de quedas que como refere Tse (2005), devem ser dirigidos a vários factores de risco ao mesmo tempo, pois têm um impacto maior na redução de quedas e/ou lesões, do que os programas que visam só um factor de risco.

## **2. METODOLOGIA**

Este estudo foi suportado por uma pesquisa da literatura científica sobre a temática intervenções de enfermagem promotoras da autonomia e segurança na mobilidade de pessoas idosas no domicílio.

Recorreu -se à consulta em bases de dados (EBSCO: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text e, outra bibliografia pertinente para a Dissertação). Foram utilizados estudos com abordagem qualitativa e quantitativa, revisões sistemáticas da literatura, artigos de opinião/reflexão e estudos de caso. Nesta revisão da literatura foram considerados apenas estudos sobre pessoas com idade maior ou igual a 65 anos, realizados a partir de 2005.

Estes dados foram utilizados para enquadrar a problemática do estudo, fundamentar opções metodológicas, discutir e analisar os dados obtidos.

### **2.1 Tipo de Estudo**

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e transversal ( Fortin, 2009 ), com o objectivo de identificar os factores de risco presentes na queda do idoso no domicílio, informação indispensável para a elaboração de um Programa de Prevenção de Quedas no dimicílio.

### **2.2 População e Amostra**

Considerando a população, os doentes idosos internados em consequência de uma queda no domicílio, definimos uma amostra intencional constituída pelos doentes internados num serviço de ortopedia de um hospital central em consequência de uma queda no domicílio ( considerou-se domicílio também a residência em lar de idosos) com idade superior a 65 anos. O período de recolha de dados ocorreu entre 01 de Fevereiro de 2012 e 31 de Março de 2012. Esta amostra foi constituída por 36 pessoas, das quais 80,6% do género feminino e 19,4% do género masculino. Os participantes no estudo têm idades compreendidas entre 65 e 94 anos, com uma média de 80,2 anos.

### **2.3 Instrumento de Colheita de Dados**

A recolha de informação foi efectuada através de um formulário sobre Factores de Risco de Quedas no Domicílio (**APÊNDICE I**). Este questionário foi elaborado com base na informação recolhida na pesquisa da literatura efectuada, nomeadamente nos estudos científicos encontrados. O instrumento de colheita de dados foi validado por dois peritos de enfermagem de reabilitação com experiência nos cuidados de enfermagem especializados a estes doentes.

O formulário foi preenchido pelo investigador a partir da informação fornecida pelo doente e/ou familiares/cuidadores, e nalguns casos por ambos. Os dados obtidos foram posteriormente analisados e interpretados. Posteriormente, foi utilizado o SPSS para análise dos dados obtidos.

### **3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A confidencialidade dos dados obtidos foi garantida ao longo de todo o trabalho, bem como o anonimato e a privacidade dos participantes foram salvaguardados. Foi igualmente obtido o consentimento de todos os participantes, salvaguardando a possibilidade de abandonar o estudo a todo o momento (**APÊNDICE I**). De acordo com Fortin (2009), o respeito das pessoas e da escolha esclarecida assenta no princípio segundo o qual toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria. Resulta deste princípio que o sujeito seleccionado tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa, de participar ou não participar num estudo (Levine, 1986; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1982). O consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve. Nenhum meio de coerção pode ser utilizado para levar o sujeito a participar numa investigação. Além disso, o participante pode cessar de participar na investigação em qualquer momento, sem que incorra em qualquer pena ou sanção.

#### 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Segue - se a análise e discussão dos resultados obtidos nos 36 formulários, aplicados num Serviço de Ortopedia de um Hospital de Lisboa, no período compreendido entre 01 de Fevereiro de 2012 e 31 de Março de 2012. Esta análise será feita recorrendo à literatura científica, nomeadamente artigos científicos na área temática da dissertação publicados desde 2005. O número de formulários está relacionado com a morosidade na autorização por parte do hospital, para a colheita de dados neste serviço, que impediu que esta decorresse num período de tempo mais dilatado.

Os indivíduos do sexo feminino são claramente o grupo mais representado neste estudo (80,6%), correspondendo a 29 indivíduos (ver Tabela 1). Este resultado, está de acordo com os resultados do estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa, que na análise por sexo, refere que o sexo feminino comparativamente ao masculino, apresenta maior percentagem de quedas. No entanto, no estudo de Pluijm; Smit et al ( 2006), a incidência de quedas recorrentes, num período de três anos de seguimento, foi de 24,9% em mulheres e 24,4% em homens, sendo assim uniforme a percentagem de quedas.

Em relação às consequências das quedas que determinaram o internamento, a fractura do colo do fémur, foi a mais frequente em 28 indivíduos (77,7%) conforme se pode ver na mesma Tabela, estando de acordo com Ferrão (2004), que refere ser a fractura do colo do fémur a mais frequente, assim como refere ser o sexo feminino o mais atingido, numa relação de 3 para 1.

**Tabela 1 - Consequências das quedas por género**

Consequências	Género					
	M		F		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Fracturas do colo do fémur</b>	<b>7</b>	<b>19,4</b>	<b>21</b>	<b>58,3</b>	<b>28</b>	<b>77,7</b>
<b>Fracturas do membro superior</b>	-	<b>0,0</b>	<b>4</b>	<b>11,1</b>	<b>4</b>	<b>11,1</b>
<b>Fractura do acetábulo/bacia</b>	-	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>
<b>Outras fracturas do m. inferior</b>	-	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>19,4</b>	<b>29</b>	<b>80,6</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Os participantes no estudo têm idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, com uma média de idades de 80,2 anos (ver Tabela 2). Destes, 11 indivíduos pertencem ao grupo etário dos 65 aos 74 anos, 11 pertencem ao grupo etário dos 75-84 anos e 14 indivíduos pertencem ao grupo etário dos 85-94 anos. Estes dados apontam no mesmo sentido dos encontrados por Rubenstein e Josephson (2006), que referem que o risco de quedas é quase o dobro para os indivíduos, que têm mais de 80 anos, devido a múltiplos factores de risco associados com a idade.

**Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos por Grupo Etário**

<b>Grupo Etário</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>65-74 Anos</b>	<b>11</b>	<b>30,6</b>
<b>75-84 Anos</b>	<b>11</b>	<b>30,6</b>
<b>85-94 Anos</b>	<b>14</b>	<b>38,8</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

A colheita de dados dos formulários em 15 ( 41,7% ) dos indivíduos, foi obtida através dos indivíduos capazes de responder às perguntas e sem défice cognitivo e, em 21 ( 58,3%) dos indivíduos a informação foi obtida/complementada pela família, dado destes 21 casos, 14 (38,9% ), não se recordarem de todos os pormenores da queda; alguns ainda se encontravam num estado de sonolência, porque tinham chegado há pouco tempo do bloco operatório; e, outros apresentavam períodos de confusão transitórios, resultante da anestesia e, por situações de hemoglobina baixa < 9g / dl, em que apresentavam períodos de confusão, e, 7 ( 19,4% ) dos doentes apresentavam alterações cognitivas, que embora não se possa generalizar à população portuguesa é motivo de preocupação, pois é um número significativo e, que justifica uma atenção especial na implementação das estratégias adequadas no sentido da prevenção de quedas. O estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa, revela apenas uma avaliação cognitiva desfavorável em 6% do total dos indivíduos. Estes indivíduos apresentam um risco aumentado de queda e, que de acordo com

Rubenstein e Josephson (2006), o comprometimento cognitivo quase duplica o risco de queda. Também Lwarsson; Horstmann et al (2008) referem que quedas acontecem mais em idosos com limitações cognitivas.

Existe um número significativo de pessoas (10 que correspondem a 27,8%), que vivem sozinhas (ver Tabela 3), Lwarsson; Horstmann et al (2008), referem que as quedas acontecem mais em idosos que vivem sozinhos, do que nos que vivem acompanhados e, que também as barreiras ambientais existem mais em casa de idosos em que só vive uma pessoa. Segundo o estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa, o facto do indivíduo viver ou não sozinho revelou estar estatisticamente associado ao grupo etário e, verificaram que a percentagem de indivíduos a viverem sózinhos, aumenta com a idade. Revela o mesmo estudo que o grupo etário dos 65-74 anos, apresenta uma menor percentagem de indivíduos a viverem sózinhos (17%) em relação ao grupo etário dos 75 ou mais anos em que a percentagem foi significativamente superior (32,7%). No entanto, na nossa amostra e relativamente aos indivíduos que vivem sozinhos, 4 pertencem ao grupo etário dos 65-74 anos, 3 ao grupo etário dos 75-84 anos e 3 pertencem ao grupo etário dos 85-94 anos, ou seja, a sua distribuição é bastante homogénea.

**Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com quem vivem**

<b>Vive</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sozinho</b>	<b>10</b>	<b>27,8</b>
<b>Acompanhado</b>	<b>26</b>	<b>72,2</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à existência de história de quedas repetidas, cerca de 55,6% dos indivíduos da amostra, tinham, de facto história de quedas repetidas (ver Tabela 4), o que é consistente com o estudo Letts, Moreland et al (2010), que referem que o risco de cair em casa é maior para os idosos que têm história de quedas repetidas. Estudos referidos por estes autores, indicam ainda que 33% dos idosos residentes na

comunidade cai uma vez por ano e, destes, 50% têm quedas repetidas. O estudo de Pluijm; Smit et al (2006), por seu lado, revela que a incidência de quedas recorrentes, num período de três anos de seguimento, foi de 24,9% em mulheres e 24,4% em homens. Este estudo refere também que os factores do perfil de risco para queda recorrente foram: duas ou mais quedas anteriores; tonturas; limitações funcionais; força de preensão fraca; baixo peso corporal; medo de cair; presença de cães e de gatos em casa; elevado nível de escolaridade e o consumo excessivo de álcool. Estes factores podem ser incluídos no perfil para calcular o risco individual para quedas recorrentes. No seu estudo, a probabilidade de duas ou mais quedas em um ano variou de 4%, quando nenhum dos factores do perfil de risco estava presente, para 90%, quando todos os factores estavam presentes. Os resultados deste estudo mostraram que o risco de quedas recorrentes na comunidade de idosos, pode ser previsto através da avaliação de um perfil de risco composto pelos factores atrás descritos. A probabilidade de quedas recorrentes nos três anos variou de 10 %, quando nenhum dos factores estava presente, para 97%, quando todos os factores estavam presentes. Quando a pontuação final do risco de queda é calculado, o profissional de saúde pode detectar os idosos que estão em alto risco de terem quedas recorrentes, sendo depois aconselhados a participar num programa de prevenção de quedas com intervenções para melhorar a força muscular, o equilíbrio, etc, através de um programa de exercícios e medidas preventivas, que podem ser tomadas. No estudo de três anos de seguimento, 2570 quedas foram referidas, por 55,3% dos entrevistados, sendo que : 21,9% referiram uma queda; 12,6% referiram duas quedas e 20,9% referiram três quedas ou mais. No nosso estudo nos doentes com história de quedas anteriores, sete (19,4%) tiveram consequências, nomeadamente fracturas (dois com fracturas do membro inferior, três com fracturas do membro superior, um com fractura do membro inferior e superior em simultâneo e, outra em que não foi possível especificar). Neste contexto, essas quedas anteriores foram associadas a episódios de desequilíbrio, tendo ocorrido em escadas, ao sair do leito e outras que não foi possível especificar. Das quedas anteriores realça-se o facto de três delas, terem acontecido após alta hospitalar, nomeadamente nos primeiros trinta dias. Este facto parece ser consistente com o estudo de Sherrington; Lord et al (2009), que refere que 14% das pessoas caem no primeiro mês após a alta do hospital. Em reforço destes dados importa referir que, posteriormente à realização deste estudo, houve dois reinternamentos de pessoas, a

quem tinha sido aplicado o formulário e, que tiveram queda no decorrer dos 30 dias após alta.

**Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a história de quedas repetidas**

<b>Quedas repetidas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>20</b>	<b>55,6</b>
<b>Não</b>	<b>16</b>	<b>44,4</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Do total dos 20 indivíduos, com história de queda anterior, 19,5% refere ter deixado de fazer as suas actividades habituais por causa da queda (ver Tabela 5).

**Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a alteração das actividades habituais após a queda**

<b>Alteração das actividades habituais</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	<b>7</b>	<b>19,5%</b>
<b>Não</b>	<b>13</b>	<b>36,1%</b>

Na justificação para a referida alteração constatámos que o medo de cair novamente, foi referido em maior percentagem 4 (11,1%) enquanto que 2 (5,6%) referiram dificuldade para andar e 1 (2,8%), referiu como motivo o facto de ter uma imobilização gessada no membro superior esquerdo, que a limitava na realização das suas actividades habituais (ver Tabela 6). O medo de cair referido por Rubenstein e Josephson (2006), é apontado por estes autores, como uma consequência negativa das quedas, e referem-se a pesquisas que indicam que entre 30% a 73% dos idosos reconhecem o medo de cair, conduzindo assim a restrições na realização das

actividades de vida diárias, levando a um aumento de dependência e, que pode conduzir à depressão e ao isolamento social. Também a dificuldade para andar pode estar ligada a algumas limitações, com que tenha ficado no pós-operatório, com o processo de reabilitação mais prolongado no tempo ou mesmo a ausência de reabilitação. Também o tempo de internamento pode condicionar a mobilidade, pela imobilidade muitas vezes prolongada no leito, conduzindo à atrofia muscular e à rigidez das articulações, com a consequente diminuição de força nos membros inferiores. Com efeito a minha experiência como enfermeiro de reabilitação, reforça esta ideia de que as pessoas idosas, com história de quedas anteriores, referem como principal motivo para a não realização das suas actividades habituais, o medo de cair e a dificuldade para andar e, não propriamente a dor.

**Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o motivo da alteração das actividades habituais após a queda**

<b>Motivo da alteração das actividades</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Medo em cair novamente</b>	<b>4</b>	<b>11,1%</b>
<b>Dificuldade para andar</b>	<b>2</b>	<b>5,6%</b>
<b>Presença de imobilização gessada</b>	<b>1</b>	<b>2,8%</b>

Quanto às circunstâncias em que ocorreu a queda e no que respeita ao período do dia em que se verificou, um total de 15 (41,7%), teve queda durante a noite (ver Tabela 7). Podemos associar o período nocturno a possível iluminação deficiente, eventual utilização de calçado inadequado, pois o idoso pode levantar-se da cama, por exemplo, para ir à casa de banho e pode ir descalço, com meias ou arriscar deslocar-se sem o auxílio dispositivo de apoio para a marcha. O idoso que apresenta alterações da visão, pode levantar-se durante a noite sem colocar os seus óculos e aumentar o seu risco de tropeçar em fios ou objectos espalhados no chão. De acordo, com Rubenstein e Josephson (2006), a diminuição da acuidade visual aumenta o risco de cair em cerca de duas vezes e meia.

**Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o período do dia em que ocorreram as quedas**

<b>Período do dia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Dia</b>	<b>21</b>	<b>58,3</b>
<b>Noite</b>	<b>15</b>	<b>41,7</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Como podemos verificar na Tabela 8, a maior percentagem de quedas está relacionada com a marcha (52,8%). Este valor parece ser corroborado pelo estudo de Rubenstein e Josephson (2006), que afirmam que a marcha e alterações do equilíbrio é um importante factor de risco para quedas e que está associado a um risco três vezes maior para queda. Importa contudo salientar que apenas num caso a queda não está relacionada com a execução de uma qualquer actividade que implicou movimento. Foi o caso de uma pessoa, com antecedentes de demência, que se encontrava sentada no cadeirão e sem qualquer imobilização para prevenção de queda.

Rubenstein e Josephson (2006), em relação a esta questão, dizem mesmo que há evidência em que a contenção física, pode até contribuir para as quedas e que a investigação tem mostrado efeitos adversos sobre o estado funcional do idoso e a sua qualidade de vida .

Nestas situações importa fazer uma apropriada avaliação do risco de queda, e procurar outras intervenções mais eficazes. Os mesmos autores alertam que o objectivo é fazer uma reavaliação periódica do idoso, após novos episódios de doença ou alteração de medicação. Pela sua particularidade importa destacar outra actividade referida como estando a acontecer no momento da queda, subir uma rampa, no caso concreto, num lar de idosos, com andarilho e, que refere ter pedido ajuda a uma empregada do lar para a ajudar a subir, sem sucesso o que parece reforçar a afirmação de Rubenstein e Josephson (2006) de que é fundamental fazer ensinamentos aos idosos, que não apresentam défice cognitivo e também aos funcionários de estruturas residenciais de idosos sobre prevenção de quedas.

**Tabela 8 - Distribuição dos sujeitos de acordo com a actividade que estava a realizar no momento da queda**

<b>Actividade no momento da queda</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Andar</b>	<b>19</b>	<b>52,8</b>
<b>Descer escadas</b>	<b>5</b>	<b>13,9</b>
<b>Transferência</b>	<b>5</b>	<b>13,9</b>
<b>Rodar</b>	<b>3</b>	<b>8,3</b>
<b>Actividades domésticas</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>
<b>Sentado em cadeira</b>	<b>1</b>	<b>2,8</b>
<b>Subir rampa</b>	<b>1</b>	<b>2,8</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Vários estudos fazem referência às circunstâncias em que ocorrem as quedas e, no nosso estudo podemos ver que várias pessoas (14, o que corresponde a 38,8%) referem mais do que uma circunstância relacionada com a sua ocorrência.

Como podemos ver na Tabela 9, a diminuição de força nos membros inferiores (33,3%), o desequilíbrio (33,3%) e as tonturas/vertigens (25%), são as circunstâncias que mais se destacam como estando presentes na ocorrência da queda. É ainda de realçar a desorientação (22,2%), aspecto que é igualmente referido por Rubenstein e Josephson (2006), que nos dizem que o comprometimento cognitivo quase duplica o risco de queda, e que a demência pode aumentar esse risco. O ter escorregado esteve presente em 19,4% das pessoas e 16,7% referem ter tropeçado. Há ainda duas

peças (5,6%) que não conseguiram referir as circunstâncias presentes quando ocorreu a queda.

**Tabela 9 - Distribuição das circunstâncias relacionadas com a ocorrência da queda**

<b>Motivo da queda</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Desequilíbrio</b>	<b>12</b>	<b>33,3</b>
<b>Diminuição de força nos membros inferiores</b>	<b>12</b>	<b>33,3</b>
<b>Tonturas/vertigens</b>	<b>9</b>	<b>25,0</b>
<b>Desorientação</b>	<b>8</b>	<b>22,2</b>
<b>Escorregou</b>	<b>7</b>	<b>19,4</b>
<b>Tropeçou</b>	<b>6</b>	<b>16,7</b>
<b>Não atribuíram causa</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>

Dos factores de risco de quedas ( intrínsecos e extrínsecos ), verificou-se que a maioria dos indivíduos (83,3%), apresenta mais do que um factor de risco de queda ( ver Tabela 10 ), o que está de acordo com Rubenstein e Josephson (2006) que referem que o risco de queda também é quase o dobro para indivíduos, que têm mais de 80 anos, devido a múltiplos factores de risco, nomeadamente associados com a idade.

**Tabela 10 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o número de factores de risco que apresentam**

<b>Nº de factores de risco presentes</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>6</b>	<b>16,7</b>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8,3</b>
<b>3</b>	<b>4</b>	<b>11,1</b>
<b>4</b>	<b>6</b>	<b>16,7</b>
<b>5</b>	<b>5</b>	<b>13,9</b>
<b>6</b>	<b>6</b>	<b>16,7</b>
<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11,1</b>
<b>8</b>	<b>2</b>	<b>5,6</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>

Nos factores de risco intrínsecos, isto é, relacionados com o indivíduo (ver Tabela 11), é de salientar que as alterações do equilíbrio e da marcha surgem em primeiro lugar (61,1% das pessoas), o que está de acordo com o estudo de Rubenstein e Josephson (2006), que revela que a marcha e as alterações do equilíbrio são um importante factor de risco para quedas e estão associadas a um risco três vezes maior para quedas e, reforçam esta ideia afirmando que estas alterações da marcha e equilíbrio afectam entre 20% a 50% das pessoas que têm mais de 65 anos. Os mesmos autores referem ainda que existe uma relação entre fraqueza muscular nos membros inferiores e a ocorrência de queda. Outro factor de risco, que sobressai quase com a mesma frequência é a história de quedas repetidas (em 55,6% das pessoas). De acordo com Letts, Moreland et al (2010), o risco de cair em casa é, de facto, maior para os idosos, que tem história de quedas repetidas; e referem-se a estudos que indicam que 33% dos idosos residentes na comunidade cai anualmente e, destes 50% têm quedas repetidas e que, entre 50% a 60% dos residentes em lares de idosos caem a cada ano. O estudo de Pluijm; Smit et al (2006), refere por seu lado que a incidência de quedas recorrentes, num período de três anos de seguimento, foi de 24,9% em mulheres e 24,4% em homens. No nosso estudo é ainda de salientar a idade avançada (47,2%

tinham mais de 80 anos). Também Lwarsson; Horstmann et al (2008) dizem que as quedas acontecem em idades mais avançadas, pelo facto de as pessoas serem mais dependentes e por usarem auxiliares de marcha quando comparadas com pessoas com idades inferiores. As alterações da visão também surgem em 44,4% das pessoas. Rubenstein e Josephson (2006) referem que a acuidade visual aumenta o risco de cair em cerca de duas vezes e meia. 38,9% das pessoas referem a presença de tonturas e vertigens, 19,4% apresentam quadros de confusão mental e demência, com comprometimento cognitivo. Este comprometimento surge igualmente na literatura como um factor para maior risco de queda (Lwarsson, Horstmann et al, 2008; Rubenstein e Josephson, 2006).

**Tabela 11 - Distribuição dos fatores de risco de queda relacionados com o indivíduo**

<b>Factores de risco relacionados com o indivíduo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alterações do equilíbrio e da marcha, com diminuição da força muscular dos membros inferiores, rigidez articular e dor associada ao desgaste das articulações	<b>22</b>	<b>61,1</b>
História de quedas repetidas	<b>20</b>	<b>55,6</b>
Idade avançada	<b>17</b>	<b>47,2</b>
Alterações da visão	<b>16</b>	<b>44,4</b>
Tonturas e vertigens	<b>14</b>	<b>38,9</b>
Alterações da audição	<b>9</b>	<b>25,0</b>
Quadros de confusão mental e de demência	<b>7</b>	<b>19,4</b>
Comportamento de risco*	<b>4</b>	<b>11,1</b>
Doença cardiovascular (arritmias cardíacas; hipotensão postural)	<b>2</b>	<b>5,6</b>
Presença de imobilização gessada	<b>1</b>	<b>2,8</b>

NOTA:

\*Comportamento de risco: descer as escadas de costas sem ver os degraus; impossibilidade de utilizar as duas mãos ou o corrimão, pois transportava um objecto (alguidar, caixa); utilização inadequada do mobiliário (cadeira) como ponto de apoio.

Já quanto aos factores extrínsecos (ver Tabela 12), a utilização de calçado inadequado foi identificado como um factor de risco que esteve presente em 33,3% das pessoas (por exemplo quando o idoso deambula em casa com meias de lã e sem sapatos, sobretudo quando se levanta durante a noite para ir à casa de banho). Também de salientar que a não utilização do dispositivo de apoio para a marcha que possuem, aparece referido por 25% das pessoas, tendo sido referido por algumas que isso acontecia pelo facto de fazerem pequenos percursos dentro de casa e optaram por não os usarem nessas circunstâncias. Relativamente a este factor, Letts, Moreland et al (2010), referem que existem auxiliares de marcha que podem mesmo contribuir para o idoso cair e, que a prescrição de auxiliares de marcha adequados e o treino dos mesmos, pode ser susceptível de reduzir o risco de queda. O chão molhado também é um factor de risco a ter em conta, pois foi referido por 11,1% das pessoas, assim como os tapetes soltos que foram identificados por 2 (5,6%). A iluminação deficiente e a presença de escadas sem corrimão também foram referidas por 8,3% das pessoas.

**Tabela 12 - Distribuição dos fatores de risco de queda relacionados com o ambiente**

<b>Factores de risco relacionados com o ambiente</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Calçado inadequado	<b>12</b>	<b>33,3</b>
Ausência de dispositivo de apoio para a marcha	<b>9</b>	<b>25,0</b>
Chão molhado	<b>4</b>	<b>11,1</b>
Escadas sem corrimão e degraus	<b>3</b>	<b>8,3</b>
Iluminação deficiente e interruptores de difícil acesso para serem accionados	<b>3</b>	<b>8,3</b>
Animais domésticos	<b>2</b>	<b>5,6</b>
Tapetes soltos	<b>2</b>	<b>5,6</b>
Mobiliário inadequado	<b>2</b>	<b>5,6</b>
Existência de objectos espalhados pelo chão	<b>2</b>	<b>5,6</b>
Fios de telefone ou de outros aparelhos no chão	<b>1</b>	<b>2,8</b>
Objectos colocados em locais altos e de difícil acesso	<b>1</b>	<b>2,8</b>
Ausência de acompanhamento, por parte da família/cuidador	<b>1</b>	<b>2,8</b>

Para finalizar importa realçar a presença de animais domésticos soltos no domicílio, assim como fios de equipamentos ( computador, telefone, etc ) espalhados pelo chão, como factores de risco importantes a ter em conta, pois muito embora apenas tenham sido referidos por duas pessoas estiveram relacionados com as quedas verificadas. Aliás também Pluijm; Smit et al (2006) referem, como causas de queda no domicílio, a existência de animais domésticos, nomeadamente cães e gatos.

## **5. PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICILIO**

Os resultados deste estudo vieram comprovar e reforçar a necessidade de ser implementado um programa de prevenção de quedas em pessoas idosas, com história de quedas repetidas (TSE, Tamara, 2005). Com efeito podemos perceber que mais de metade (55,6%) das pessoas que participaram no estudo têm história de quedas repetidas, o que demonstra que o risco de queda é maior nestas pessoas, tal como é referido por Letts; Moreland et al (2010). Por outro lado, de salientar ainda que, tal como referem Lwarsson; Horstmann et al (2008), as quedas acontecem em idades mais avançadas, pelo facto de as pessoas serem mais dependentes e, por usarem auxiliares de marcha relativamente a idades inferiores. Daí a necessidade deste grupo etário justificar uma especial atenção, beneficiando grandemente de um programa de prevenção de quedas. Segundo TSE, Tamara (2005), um programa de prevenção de quedas deve incluir:

- 1º Foco em pessoas com história de quedas;
- 2º Estratégias para facilitar as modificações ambientais, como acompanhamento através de chamadas telefónicas, visitas domiciliárias, se necessário;
- 3º Ensino para aumentar o nível de compreensão da pessoa sobre factores de risco, quedas, suas implicações e questões de segurança;
- 4º Interiorizar nos familiares e cuidadores estratégias para prevenção de quedas;
- 5º Custos das alterações ambientais, deve ser considerado e discutido.

No domicílio deve-se ter em atenção as actividades de lazer do idoso anteriores à queda, sendo desenvolvidas (se necessário reaprendidas), visando o bem estar da pessoa idosa. O estudo de Rubenstein e Josephson (2006), refere que as estratégias de prevenção de quedas, também passa por programas de exercícios individualizados em casa ou em grupo, no caso de idosos em instituições, sendo adaptados às suas capacidades. Estes autores referem que um terapeuta ou enfermeiro deve fazer a visita a casa do idoso, ao longo do programa de exercícios, fornecendo instruções e motivação para lhe dar continuidade, fornecendo ao idoso um guia de orientação. Estes autores referem ainda que a maioria dos programas incluíram uma combinação de exercícios para melhorar a força, flexibilidade e o equilíbrio, assim como exercícios aeróbicos e treino de força progressivo. O treino de equilíbrio, por seu lado, inclui uma gama de exercícios estáticos e dinâmicos ( neste contexto é dada relevância ao Tai

Chi), como outro tipo de exercícios, que tem sido estudado como um meio para melhorar o equilíbrio e reduzir o risco de queda e, que consiste numa série de movimentos lentos e rítmicos que exigem a rotação do tronco e a coordenação entre os movimentos dos membros superiores e dos membros inferiores. No seu estudo sobre prevenção de quedas em pessoas idosas, Sherrington, Lord et al (2009), indicam que as quedas podem ser prevenidas por programas de exercícios adequados e com os exercícios que visam o equilíbrio podem evitar-se 40% das quedas. Também estes autores, referem que as pessoas idosas, logo após terem alta hospitalar, são claramente um grupo que pode beneficiar desses programas de exercícios, destinados a prevenir ou diminuir a incapacidade relacionada com a imobilidade. Há evidência de que um número substancial de pessoas idosas, que estiveram recentemente no hospital, têm maior probabilidade de queda, e que as taxas de queda são ainda maiores em pessoas que antes tiveram internamento hospitalar, sendo que 14% das pessoas caem no primeiro mês após a alta do hospital. Pudemos constatar que após a realização da colheita de dados, houve dois reinternamentos por queda, dentro dos 30 dias subsequentes à alta do hospital.

Os mesmos autores referem que são os exercícios relacionados com o equilíbrio que têm maior efeito sobre a prevenção de quedas e que as vantagens desses exercícios são reduzir as quedas, melhorar o equilíbrio e a mobilidade, visando o controle postural e o aumento da força muscular. Realçam também a questão da segurança, sendo ensinados os idosos como realizar os exercícios em suportes estáveis, sendo aqui a família incentivada a ajudar, fazendo supervisão do programa de exercícios. Os exercícios devem ser avaliados periodicamente e deve ser fornecido um livro sobre segurança, com instruções e fotografias dos exercícios para a sua realização, bem como um livro para registo dos efeitos adversos do exercício ( por ex.dor muscular com duração de mais de 48 horas, dor no peito, etc ) com interferência nas actividades de vida diárias ou exigindo cuidados médicos. Reforçam que um programa com maior contacto de um profissional de saúde em casa do idoso, teria efeitos mais eficazes sobre quedas e incapacidades.

Tendo em conta os resultados deste estudo, confrontados com os resultados de estudos encontrados na literatura científica consultada, foi elaborado um Programa de Prevenção de Quedas no Domicílio.

## PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO

<b>OBJECTIVOS</b>	<p>1- Identificar os factores de risco presentes nas situações de queda de idosos;</p> <p>2- Implementar processos de ensino/instrução e treino à pessoa/família/cuidador, desenvolvendo estratégias de aprendizagem e de adaptação.</p>
<b>PARTICIPANTES</b>	<p>Pessoas idosas internadas com história de queda.</p>
<b>ACTIVIDADES</b>	<p>Programa de intervenção à pessoa idosa feita pelos Enfermeiros Especialistas do Serviço, no turno da tarde e fins de semana:</p> <p>1-Avaliação da pessoa idosa/ambiente/actividade, nomeadamente os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● história da queda anterior;</li><li>● problemas de saúde associados;</li><li>● medicamentos que está a tomar;</li><li>● avaliação da visão e audição;</li><li>● avaliação cardiovascular;</li><li>● avaliação da cognição;</li><li>● avaliação da dependência funcional, tendo em conta o uso de auxiliares de marcha e considerando as actividades de vida diárias;</li><li>● avaliação da força muscular, equilíbrio e marcha:<ul style="list-style-type: none"><li>▲ capacidade de permanecer com os pés em várias posições;</li><li>▲ caminhada;</li><li>▲ subir /descer escadas;</li><li>▲ flexão e extensão do joelho;</li><li>▲ força dos membros inferiores;</li><li>▲ controle postural;</li><li>▲ amplitude , que avalia a capacidade do idoso inclinar-se para a frente e para trás;</li><li>▲ força de prensão;</li><li>▲ flexibilidade do tornozelo;</li><li>▲ nível de dificuldade para a realização das actividades de vida diárias.</li></ul></li><li>● identificação dos factores de risco, criação de instrumento de registo ( tabelas de factores de risco), a incluir no processo do doente.</li></ul>

**As tabelas incluem os seguintes indicadores :**

**Factores de risco relacionados com o indivíduo :**

- Alterações do equilíbrio e da marcha, com diminuição da força muscular dos membros inferiores, rigidez articular e dor associada ao desgaste das articulações;
- História de quedas repetidas;
- Idade avançada;
- Alterações da visão;
- Tonturas e vertigens;
- Alterações da audição;
- Quadros de confusão mental e de demência;
- Comportamento de risco;
- Doença cardiovascular (arritmias cardíacas; hipotensão postural);
- Presença de imobilização gessada.

**Factores de risco relacionados com o ambiente:**

- Calçado inadequado;
- Ausência de dispositivo de apoio para a marcha;
- Chão molhado;
- Escadas sem corrimão e degraus;
- Iluminação deficiente e interruptores de difícil acesso para serem accionados;
- Animais domésticos;
- Tapetes soltos;
- Mobiliário inadequado;
- Existência de objectos espalhados pelo chão;
- Fios de telefone ou de outros aparelhos no chão;
- Objectos colocados em locais altos e de difícil acesso;
- Ausência de acompanhamento, por parte da família/cuidador.

2- Planeamento de intervenções dirigidas a idosos, com história de queda, incidindo nos factores de risco identificados:

- Sessões de ensino sistematizadas e individuais ( tendo em conta os factores de risco identificados), sobre os seguintes aspectos:

1 - Os mecanismos de queda, os factores de risco e suas implicações;

2- As estratégias a desenvolver para prevenção de quedas, nomeadamente as modificações comportamentais e no ambiente/domicílio, tendo em conta a segurança. Esta informação pode ser complementada com entrega de folheto sobre prevenção de quedas. Cada sessão será objecto de validação acerca da compreensão dos conhecimentos e orientações recebidas;

3 - Programa de exercícios individualizados com o objectivo de:

- reduzir as quedas;
- melhorar o equilíbrio e a mobilidade, visando o controle postural;
- melhorar a força muscular.

O programa consiste em exercícios recomendados para serem realizados três vezes por semana, de acordo, com as capacidades do idoso:

- \* fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores, com treino de força progressivo;

- \* treino de marcha (caminhada);

- \* treino de marcha - subir /descer escadas;

- \* exercícios para melhorar a capacidade do idoso, inclinar-se para a frente e para trás;

- \* exercícios para melhorar a capacidade de preensão;

- \* treino de equilíbrio, incluindo exercícios estáticos e dinâmicos (bola, jogos de movimento e actividades funcionais).

Criação de um pequeno livro, com instruções e fotografias dos exercícios a realizar e com uma parte para registo dos efeitos adversos do exercício (por exemplo dor muscular, dor no peito, etc), interferindo com as actividades de vida diárias ou exigindo cuidados médicos;

4- Preparação da alta com a continuidade do programa, através de visita domiciliária na primeira semana após a alta, combinada e, se possível em conjunto com os enfermeiros de referência na comunidade. Visitas ao domicílio regulares ( a levar a cabo pelos enfermeiros da comunidade).

	<p><b>Aspectos a promover:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervenções de prevenção de queda feitas por Enfermeiros Especialistas, que vão ao domicílio, para observar como o idoso vive e interage com o seu ambiente, fazendo a avaliação do risco desse ambiente e implementando as modificações necessárias, tais como a remoção de tapetes do chão, alterações na iluminação, a instalação de corrimão em escadas, barras de apoio no WC, etc ; caso seja necessário e usando os recursos existentes na comunidade;</li><li>• A participação da família incentivado e fazendo a supervisão do programa de exercícios, tendo em conta a segurança e o progresso do doente;</li><li>• Garantir o contacto com o Enfermeiro de referência da comunidade.</li></ul>
<b>AVALIAÇÃO</b>	Monitorização dos reinternamentos.

## **6. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO**

As limitações do estudo prenderam-se essencialmente com a morosidade na autorização, por parte do hospital, para aplicação dos questionários no Serviço de Ortopedia. Com mais tempo, poderia-se fazer um estudo mais aprofundado centrado neste serviço, no entanto, quanto a mim penso que se conseguiu uma amostra significativa de questionários, do qual se extraíram resultados significativos, em que os resultados obtidos foram consistentes com as referências encontradas na literatura. Outra limitação, foi o facto de a nível nacional não se encontrarem artigos com estudos profundos e completos, tal como os que encontrei nas bases de dados electrónicas em estudos feitos a nível do estrangeiro.

A elaboração de um Programa de Prevenção de Quedas no Domicílio é uma necessidade urgente, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários. A nível hospitalar esses programas de prevenção de quedas devem ser iniciados no internamento e com a existência de Enfermeiros Especialistas constituirão uma mais valia. A nível da comunidade também a constituição de equipas centradas em programas de prevenção de quedas será fundamental, trabalhando em ambos os casos numa perspectiva multidisciplinar. Também importa promover a articulação entre o hospital e o centro de saúde, na continuidade destes programas, condição do seu sucesso. Muito se poderá concretizar, evitando assim quedas repetidas e, diminuindo os consequentes internamentos destes idosos e todas as consequências físicas, mas também sociais e económicas que daí advém.

## **7. CONCLUSÃO**

As quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbi - mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização. A maioria das quedas resultam da combinação da idade, estado de saúde do idoso e factores ambientais. É importante conhecer todos os factores de risco de quedas e delinear estratégias para as prevenir, sobretudo em idosos de alto risco, com história de quedas repetidas e com múltiplos factores de risco. O risco de queda duplica para os indivíduos, que têm mais de 80 anos, devido a múltiplos factores de risco associados com a idade ( Rubenstein e Josephson, 2006 ). Este estudo realizado no serviço de ortopedia permitiu comprovar esses resultados, confrontando - os com o que se encontrou na literatura, fazendo ainda a ponte com alguns dados do Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, de Novembro de 2010.

Foi possível perceber que um programa de prevenção de quedas deve centrar-se em idosos com história de quedas repetidas, com idade avançada e ter em consideração os outros factores de risco, sejam eles intrínsecos e extrínsecos ou ambientais.

O programa de prevenção de quedas deve ter incluído um programa de exercícios individualizado, no domicílio do idoso e adaptado às suas capacidades; incluindo -se aqui sessões de treino, supervisão e visitas domiciliárias. São também importantes todas as outras estratégias de prevenção de quedas cuja eficácia está demonstrada, nomeadamente alterações comportamentais e do ambiente, tendo em conta a segurança. A implementação destes programas a nível do serviço, será uma mais valia na redução de internamentos e reinternamentos, derivado das consequências das quedas, com a consequente redução da capacidade funcional do idoso e dos custos sociais e económicos inerentes. Uma boa articulação a nível hospitalar e a nível dos cuidados de saúde primários, poderá ser igualmente uma mais valia.

Para além da implementação deste programa, importa promover a formação de profissionais de saúde, sobre segurança na habitação e prevenção de acidentes com pessoas idosas, assim como uma abertura para que sejam implementados projectos, nesta área, seja a nível hospitalar ou a nível dos cuidados de saúde primários.

Em conclusão, o êxito deste Programa de Prevenção de Quedas pela identificação precoce, dos problemas reais ou potenciais da pessoa idosa, relativamente aos quais o enfermeiro de reabilitação, tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar

intervenções de enfermagem de reabilitação pode constituir um importante contributo para aumentar o bem estar e suplementar/complementar actividades de vida diárias relativamente às quais o idoso è dependente . Uma análise feita com a pessoa idosa/família/pessoas significativas das alterações da funcionalidade, definindo com estas, as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir, de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida são indispensáveis ao seu sucesso. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, tem aqui um bom campo de acção podendo mostrar resultados concretos, definindo o seu papel na implementação de um Programa de Prevenção de Quedas, e evidenciando a mais valia que constitui nas equipas de cuidados.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- ✚ ANTÓNIO,Stella - " **O Envelhecimento em Portugal no século XXI: Contributos e Reflexões de Prospectiva Demográfica**", in Revista Cadernos de Economia,nº84,2008,p.1.
- ✚ Artigos obtidos em base de dados - EBSCO:
- LETTS, Lori; MORELAND, Julie; RICHARDSON, Julie et al - The physical environment as a fall risk factor in older adults: Systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies. Ano de publicação 2010;
- LWARSSON, Susanne; HORSTMANN, Vibeke et al - Person–environment fit predicts falls in older adults better than the consideration of environmental hazards only. Ano de publicação 2008;
- PLUIJM., S.M.F; SMIF, J.H,et al - A risk profile for identifying community - dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3 - year prospective study;
- RUBENSTEIN, Laurence Z.;JOSEPHSON,Karen R.  
- Falls and Their Prevention in Elderly.People: What Does the Evidence Show?
- SHERRINGTON,Catherin; LORD, Stephen R et al.- Minimising disability and falls in older people through a post- hospital exercise program : a protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation;
- TSE, Tamara - The environment and falls prevention: Do environmental modifications make a difference? Ano de publicação 2005.
- ✚ EUROPEAN COMISSION. (2009) - **The 2009 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States** (2008-2060), disponível em [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication14992\\_pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_pdf);
- ✚ FERRÃO, Ana - **As quedas no idoso** – Bem Estar e Saúde (2004). Disponível em <http://www.medicoassistente.com/modules/smartsection>.
- ✚ FORTIN, Marie- Fabienne et al - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lusodidacta,2009.ISBN 978-989-8075-18-5.

- ✚ LUZIO, Cristina et al – **Programa de Prevenção de Quedas no Idoso**. EQUI - Clínica da Vertigem e Desequilíbrio Lda. Lisboa, 2003. Disponível em [equil@iol.pt](mailto:equil@iol.pt).
- ✚ MINISTÉRIO DA SAÚDE;MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL - **Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração- Relatório Preliminar.2005**,[http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio\\_preliminar.pdf](http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf).
- ✚ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - **Envelhecimento activo:uma política de saúde**. 2005,<http://www.dgeep.mtss.gov.pt>.
- ✚ OLIVEIRA, Catarina et al - **Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa**, Novembro de 2010. Edição Alto Comissariado da Saúde.
- ✚ PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso. Recomendações para Intervenção Terapêutica**. Lisboa , 2003.ISBN 972-675-088-1.
- ✚ PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde. 2004/2010. Volume II - Orientações Estratégicas**. Lisboa, 2004. ISBN972-675-110-1.
- ✚ PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa, 2004.
- ✚ REGULAMENTO nº125/2011 - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Diário da República, 2ª Série nº 35, de 18 de Fevereiro.

**ANEXOS**

**ANEXO I: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I: CONSENTIMENTO INFORMADO E QUESTIONÁRIO SOBRE FACTORES DE RISCO DE QUEDAS NO DOMICÍLIO, A PESSOAS IDOSAS COM IDADE MAIOR OU IGUAL A 65 ANOS E INTERNADAS NOS SERVIÇOS DE ORTOPEDIA A E B, DO HOSPITAL CURRY CABRAL**

**APÊNDICE II: QUADRO 1 – ARTIGO Nº 1 - THE PHYSICAL ENVIRONMENT AS A FALL RISK FACTOR IN OLDER ADULTS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF CROSS-SECTIONAL AND COHORT STUDIES.**

**APÊNDICE III : QUADRO 2 – ARTIGO Nº2 - PERSON–ENVIRONMENT  
FIT PREDICTS FALLS IN OLDER ADULTS BETTER THAN THE  
CONSIDERATION OF ENVIRONMENTAL HAZARDS ONLY.**

**APÊNDICE IV: QUADRO 3 – ARTIGO Nº3 - THE ENVIRONMENT AND FALLS PREVENTION: DO ENVIRONMENTAL MODIFICATIONS MAKE A DIFFERENCE?**

**APÊNDICE V: QUADRO 4 – ARTIGO Nº4 - FALLS AND THEIR PREVENTION IN ELDERLY. PEOPLE: WHAT DOES THE EVIDENCE SHOW?**

**APÊNDICE VI: QUADRO 5 – ARTIGO Nº5- MINIMISING DISABILITY AND FALLS IN OLDER PEOPLE THROUGH A POST- HOSPITAL EXERCISE PROGRAM : A PROTOCOL FOR A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL AND ECONOMIC EVALUATION.**

**APÊNDICE VII: QUADRO 6 – ARTIGO Nº 6 - A RISK PROFILE FOR IDENTIFYING COMMUNITY - DWELLING ELDERLY WITH A HIGH RISK OF RECURRENT FALLING: RESULTS OF A 3 - YEAR PROSPECTIVE STUDY**

