

Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir

Ilita Córdova Preto

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira Mata

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Bragança, junho de 2017

Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir

Ilita Córdova Preto

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança,
Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira Mata

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Bragança, junho de 2017

Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade inegável nas sociedades atuais, associando-se a situações de risco que reclamam conhecimento, para que a intervenção possa ser eficaz. O presente estudo (de natureza retrospectiva e ancorado numa abordagem quantitativa, descritiva, analítica e transversal), tem como principal objetivo analisar a incidência das quedas em idosos atendidos no Serviço de Saúde da Unidade Local de Saúde do Nordeste, no primeiro semestre de 2016, bem como identificar as principais causas e sequelas a elas associadas. Participaram 202 idosos, de ambos os sexos, com uma média etária de $79,66 \pm 7,84$ anos, que responderam a um formulário de recolha de dados, composto por questões sociodemográficas; questões relativas à caracterização do evento de queda; à caracterização da sua situação de saúde e medicação, bem como questões associadas à avaliação das atividades básicas de vida diária. Os principais resultados descritivos e inferenciais mostraram uma taxa de incidência de quedas nos idosos de cerca de 12%. A queda ocorreu, na sua maioria, no domicílio, nomeadamente na casa de banho e no quarto, havendo maior prevalência das quedas da parte da manhã. Mais de metade dos idosos assinalou uma reincidência das quedas, havendo uma presença elevada de fraturas, após o episódio de queda. A maioria das quedas ocorreu pela presença de obstáculo. A hipertensão é a doença mais prevalente na amostra de idosos, sendo que a maioria toma medicação regular, nomeadamente hipertensores, havendo uma prevalência superior daqueles que tomam até quatro medicamentos por dia. Observou-se um comprometimento estatisticamente significativo em todas as atividades básicas de vida diária analisadas, após o episódio de queda. Estes resultados reforçam a necessidade de serem conduzidas investigações futuras, com intuito de auscultar a realidade das quedas na população idosa e serem configurados projetos de intervenção comunitária ajustados às realidades e necessidades dos idosos.

Palavras-Chave: quedas, idosos, sequelas, serviço de urgência

Abstract

Population ageing is an undeniable reality in today's societies, joining a hazard that claim to knowledge that the intervention can be effective. The present study (retrospective nature and anchored in a quantitative, descriptive, analytical, and transverse approach), has as main objective to analyze the incidence of falls in elderly Health Service of the Local Health Unit of the Northeast, in the first quarter of 2016, as well as to identify the main causes and associated consequences. Participated 202 elderly of both sexes, with an average age of 79.66 ± 7.84 years, who responded to a data collection, form, consisting of socio-demographic issues; questions relating to the characterization of the fall event; characterization of their health status and medication, as well as issues associated with the evaluation of the basic activities of daily life. The main descriptive and inferential results showed a rate of incidence of falls in the elderly of about 12%. The fall occurred mostly at home, especially in the bathroom and in the bedroom, with a higher prevalence of falls in the morning. More than a half of the elderly pointed out a recurrence of the falls, there is a high presence of fractures, after the episode. The major falls occurred in the presence of obstacle. Hypertension is the most prevalent disease in the elderly, and most take regular medication, in particular hypertension medication, with a higher prevalence of those who take up four medications a day. It was observed a statistically significant commitment in all the examined basic activities of daily life, after the episode. These results reinforce the need to be conducted investigations in the future, in order to aware the reality of falls in the elderly population and to configure adjusted community intervention projects to the realities and needs of the elderly.

Keywords: falls, elderly, sequels, emergency service

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diárias
AGS & BGS	American Geriatrics Society & a British Geriatrics Society
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diárias
DGS	Direção Geral de Saúde
e.g.	Por exemplo
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRD	Instrumento de Recolha de Dados
OCDE	Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS/WHO	Organização Mundial de Saúde/ <i>World Health Organization</i>
p., pp.	Página, páginas
QdV	Qualidade de Vida
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SU	Serviço de Urgência
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UE	União Europeia
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste

Saber envelhecer é a obra-prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver.

Hermann Melville

Agradecimentos

Este trabalho é o culminar de uma etapa importante na minha vida académica.

Como tal, aproveito para agradecer todo o apoio prestado ao longo deste percurso.

Ao meu pai, que estará sempre presente na minha vida e no meu coração.

Ao meu filho, pela paciência com que tolerou as minhas ausências e indisponibilidades para o acompanhar.

Ao meu marido, pelo permanente estímulo e alento, pelo apoio e compreensão ao longo desta nova etapa da minha formação.

À minha mãe e irmã, pelo apoio incondicional.

À Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata pela atenção incansável que me dispensou ao longo de todo o processo, bem como pela preciosa orientação que tornou exequível o desenvolvimento desta investigação, e pela amizade.

À Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes pela sua prestimosa colaboração no esclarecimento de dúvidas e pela amizade.

A todos os idosos que participaram no estudo, sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo.

A todos os professores e colegas, com os quais partilhei vivências e saberes que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A todos que, de forma direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais não teria sido possível concretizá-lo.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

Índice

Introdução	1
Parte I - Enquadramento Teórico	3
1. Envelhecimento Humano	4
1.1. Principais Síndromes Associadas ao Envelhecimento	9
<i>1.1.1. Incapacidade Cognitiva</i>	12
<i>1.1.2. Instabilidade postural</i>	13
<i>1.1.3. Imobilidade</i>	14
<i>1.1.4. Incontinência Esfincteriana</i>	14
<i>1.1.5. Incapacidade Comunicativa</i>	14
<i>1.1.6. Iatrogenia</i>	15
<i>1.1.7. Insuficiência Familiar</i>	16
1.2. Quedas em Idosos	16
2. Enfermagem Comunitária	27
2.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	28
Parte II - Estudo Empírico	31
3. Contextualização e Objetivos do Estudo	32
4. Metodologia de Investigação	35
4.1. Procedimentos	35
<i>4.1.1. Desenho do Estudo</i>	35
<i>4.1.2. Procedimentos de Seleção da Amostra</i>	36
<i>4.1.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos</i>	37
<i>4.1.4. Procedimentos de Colheita de Dados</i>	37
<i>4.1.5. Instrumentos de Recolha de Dados (IRD)</i>	38
<i>4.1.6. Procedimentos de Tratamento de Dados</i>	39
<i>4.1.7. Operacionalização das Variáveis</i>	39
4.2. Participantes	40
5. Apresentação dos Resultados	43
5.1. Discussão dos Resultados	55
Considerações Finais	61
Referências Bibliográficas	64

Anexos	76
Anexo A - Solicitação de Autorização ao Conselho de Administração da ULSNE	77
Anexo B - Consentimento Informado	79
Anexo C - Autorização para a Recolha de Dados	81
Anexo D - Instrumento de Recolha de Dados	83
Anexo E - Projeto de Intervenção	92
Anexo F - Relatório de Estágio	111

Índice de Quadros

Quadro 1. Resumo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e etapas principais.....	29
Quadro 2. Casos que não cumprem os critérios de inclusão	36
Quadro 3. Centros de Saúde de proveniência e número de episódios de quedas	40
Quadro 4. Caraterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas	41
Quadro 5. Caraterização da amostra em função dos hábitos de consumo de álcool	42
Quadro 6. Local da queda.....	44
Quadro 7. Divisão onde a queda ocorreu	44
Quadro 8. Tempo de ocorrência da queda e presença de fraturas	45
Quadro 9. Quedas anteriores	46
Quadro 10. Fatores antecedentes à queda.....	47
Quadro 11. Movimentos e/ou atividades que estavam a fazer	48
Quadro 12. Uso de óculos e aparelho auditivo.....	48
Quadro 13. Tipo de calçado e sola	49
Quadro 14. Tipos de doenças mais prevalentes.....	50
Quadro 15. Medicação habitualmente ingerida na amostra estudada	52
Quadro 16. Atividades básicas de vida diária, antes e após a queda.....	54
Quadro 17. Diferenças de médias nas atividades básicas de vida diária, antes e após a queda.....	55

Índice de Figuras

Figura 1. Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento (1950-2050).....	5
Figura 2. Índice de Envelhecimento na Europa (2014).....	5
Figura 3. População residente com mais de 65 anos, no distrito de Bragança (2001-2015).....	6
Figura 4. Domínios da saúde do idoso	10
Figura 5. Grandes síndromes da geriatria.....	12
Figura 6. Horário da queda.....	45
Figura 7. Como caiu?	46
Figura 8. Recuperação da queda.....	47
Figura 9. Número de doenças	50
Figura 10. Medicação regular	51
Figura 11. Número de medicamentos diários.....	53
Figura 12. Alteração na medicação antes do episódio de queda	53

Introdução

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios atuais ao nível da saúde pública (Lima-Costa & Veras, 2003), colocando os idosos num grupo social de risco, aportando um conjunto de alterações e de transformações que exigem adaptações constantes (Paúl, 2005).

Este envelhecimento decorre não apenas do aumento da esperança média de vida, mas também da redução das taxas de natalidade (Figueiredo, 2007), observado um pouco por todo o mundo (Organização Mundial de Saúde/World Health Organization, OMS/WHO, 2002). Este cenário é igualmente visível em Portugal, onde se observou uma percentagem de 20,3% de idosos, no ano de 2014 (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2015).

A preocupação contemporânea é permitir que o envelhecimento seja um processo ativo, como melhorias ao nível da saúde das populações e potenciando a sua qualidade de vida (QdV), numa perspetiva multidimensional (Ribeiro & Paúl, 2011), já que ao envelhecimento se associam problemas de natureza diversa, não apenas sob o ponto de vista cognitivo, mas também sob o ponto de vista emocional, psicológico, social e comunitário (Hernandez, Egea, & Ballesteros, 2004).

A maioria dos idosos é afetada por um conjunto de doenças crónicas e de uma polimedicação, que o vulnerabilizam para a ocorrência de quedas (Perracini, & Ramos, 2002), assumindo-se estas, como um grave problema de saúde pública e de grande impacto pessoal, social e comunitário (Pinho et al., 2012), devido à sua elevada incidência, morbidade e custos sociais e económicos decorrentes das lesões provocadas (Nascimento, Duarte, Antonini, & Borges, 2009).

Neste sentido, as quedas devem ser investigadas para se poderem conhecer as suas causas e principais consequências, pois é o seu conhecimento que permitirá a intervenção. O enfermeiro comunitário assume um papel de relevo neste âmbito, nomeadamente no desenvolvimento e implementação de programas promotores de saúde, de encorajamento da independência das populações e empoderamento para assumirem a responsabilidade em matéria da saúde (Correia et al., 2001).

O presente estudo tem como principal objetivo analisar a incidência das quedas em idosos atendidos no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), no primeiro semestre de 2016, bem como identificar as principais causas e sequelas a elas associadas.

Assim, a presente dissertação encontra-se estruturada em duas partes. Na primeira, apresenta-se um enquadramento teórico relativo ao envelhecimento humano e às principais síndromes geriátricas, com especial ênfase na queda nos idosos. Aborda-se ainda o papel da enfermagem comunitária em geral e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, em específico. A segunda parte, integra o estudo empírico realizado, iniciando-se com uma contextualização do distrito de Bragança e dos objetivos que serviram de orientação ao presente estudo, são descritos os principais procedimentos, caracterizados os instrumentos de recolha de dados, as principais variáveis e os participantes do estudo. Em seguida, apresentam-se os principais resultados descritivos e inferenciais, sendo que estes são discutidos à luz da revisão bibliográfica realizada.

Termina-se a presente investigação com um balanço dos aspetos positivos, dos constrangimentos e limitações sentidas, bem como são fornecidas sugestões para futuras investigações e para a implementação de um programa de intervenção comunitário ao nível das quedas na população idosa.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento Humano

O envelhecimento humano deve ser encarado, num primeiro momento, enquanto realidade demográfica, que assenta na existência de dois tipos: (i) o envelhecimento de base, que se caracteriza pela diminuição da percentagem de crianças e de jovens e (ii) o envelhecimento de topo, que espelha um aumento significativo do número de idosos (Oliveira, 2005).

A saúde do ser humano tem sido alvo de múltiplas transformações, sendo que uma das principais, na perspetiva de Lima-Costa e Veras (2003), remete para o aumento da esperança média de vida, que tem vindo a colocar um dos maiores desafios à saúde pública atual. A expectativa de vida ao nascer aumentou substancialmente em todo o mundo, sendo que entre 2010-2015 passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e de 68 anos, nas regiões em desenvolvimento. Nesta linha, em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até aos 83 anos de idade nas regiões desenvolvidas e aos 74 anos, naquelas que se encontram em desenvolvimento (Fundo de População das Nações Unidas, UNFPA, 2012).

Todavia, o fenómeno de envelhecimento populacional não radica unicamente no aumento da esperança média de vida, mas no desequilíbrio que se observa na base da pirâmide (ocupada pelos indivíduos mais novos), a qual tem diminuído drasticamente devido aos meios de controlo de natalidade, às exigências do mundo do trabalho, ao casamento tardio entre outros fatores (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento da população ocorre em todas as regiões do mundo e, em vários países com níveis de desenvolvimento diferentes, tal como sublinha o UNFPA (2012). A sua progressão é mais acentuada nos países em desenvolvimento, pelo que dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 correspondem a países em desenvolvimento. Os dados demográficos deste organismo assinalam o facto de, em 1950, existirem 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, sendo que este número aumentou para aproximadamente 810 milhões no ano de 2012, projetando-se que esse valor alcance 1 bilião em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 biliões (Figura 1).

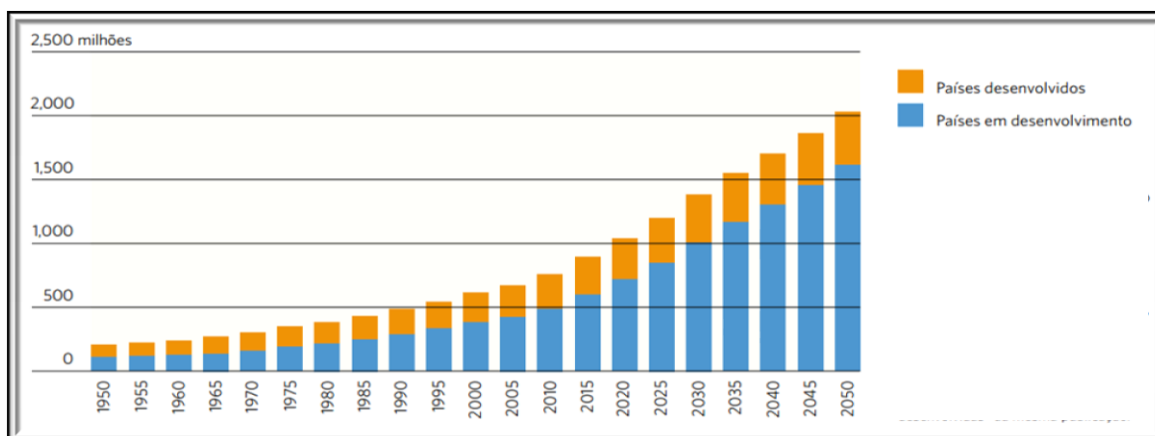


Figura 1. Número de pessoas com 60 anos ou mais: Mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento (1950-2050)

Fonte: UNFPA (2012, p. 4)

Também na Europa, o envelhecimento humano é uma realidade, onde o índice de envelhecimento (a relação entre o número de idosos e o número de jovens) mais alto, é observado na Alemanha (159 idosos por 100 jovens) e o mais baixo na Irlanda (58 idosos por 100 jovens), conforme espelha a Figura 2.

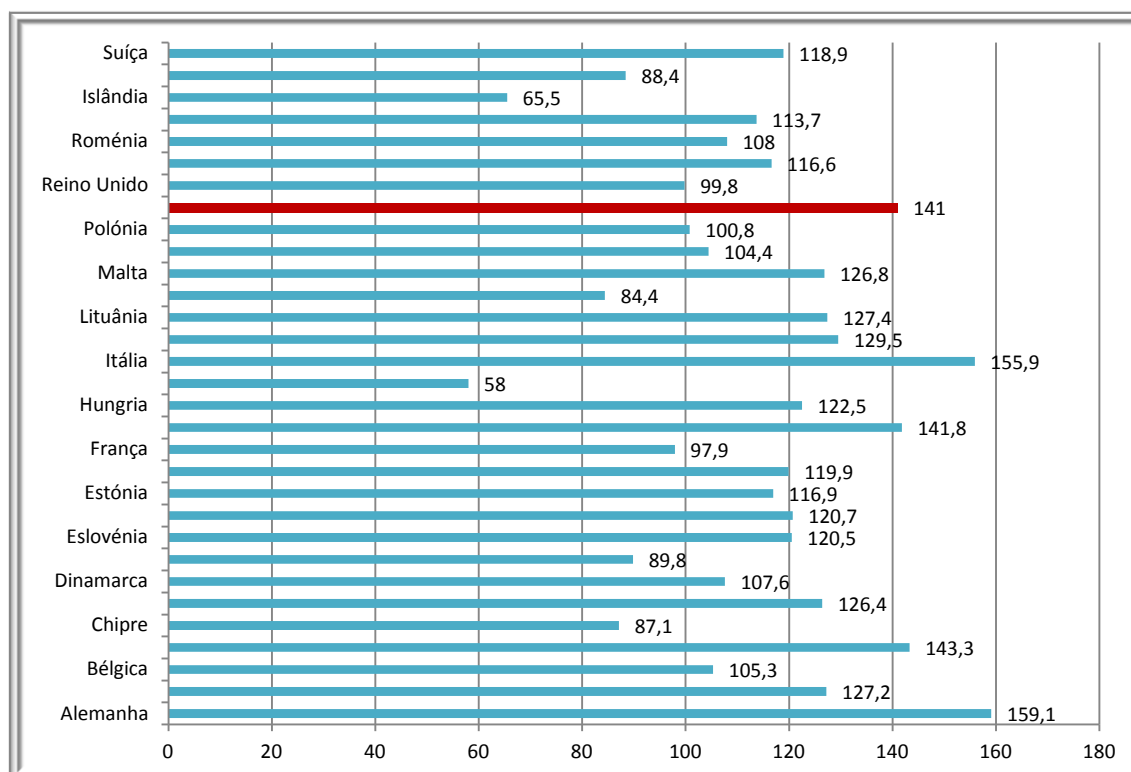


Figura 2. Índice de Envelhecimento na Europa (2014)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PORDATA (2016)

Especificamente no caso português observa-se, nos últimos anos, um decréscimo da população jovem (dos 0 aos 14 anos de idade) e da população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos), em simultâneo com um aumento da população idosa (65 anos ou mais), pelo que o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez, em 2001, tendo o índice de envelhecimento atingindo os 141 idosos por cada 100 jovens em 2014 (INE, 2015).

Ainda no ano de 2014, o INE (2015) referiu que a população residente em Portugal era constituída por 20,3% de idosos, sendo que Portugal apresentou uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados-Membro da União Europeia (UE), sendo o 4º país da UE com maior proporção de idosos e o 5º com o índice de envelhecimento mais elevado da UE.

Algumas das causas que conduziram a esta realidade foram a melhoria da nutrição, da saúde pública (como a educação para a saúde e promoção da saúde), das condições sociais, dos avanços da medicina preventiva e curativa, a diminuição da taxa de natalidade, entre outras (Figueiredo, 2007).

Ainda mais especificamente no distrito de Bragança, os dados disponibilizados pelo PORDATA (2016), relativamente à população residente com mais de 65 anos de alguns municípios deste distrito, entre 2001 e 2015, encontram-se espelhados na Figura 3.

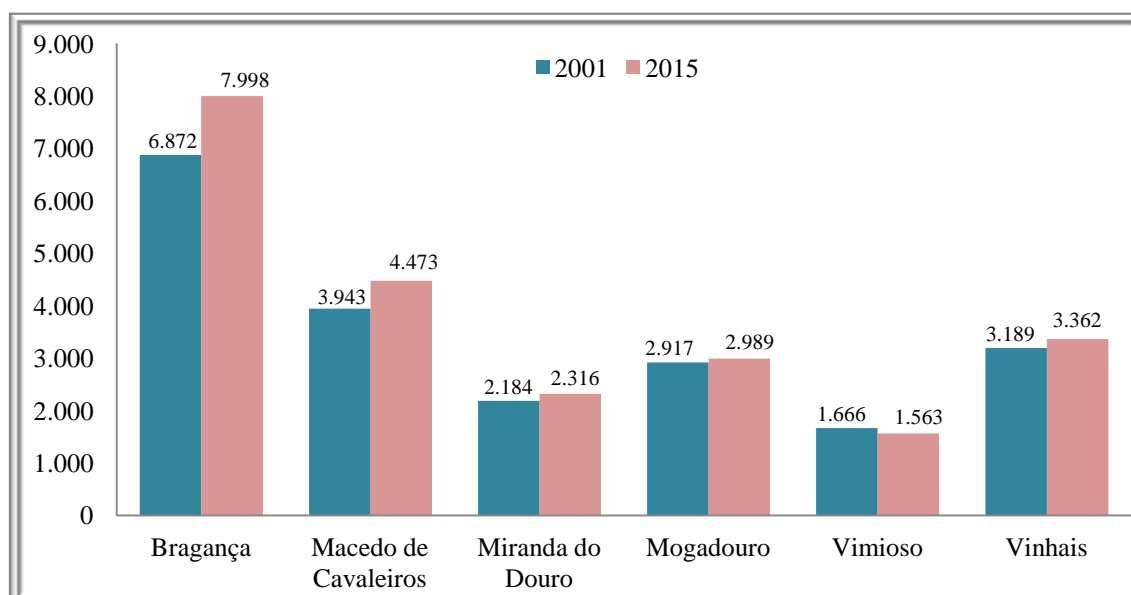


Figura 3. População residente com mais de 65 anos, no distrito de Bragança (2001-2015)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PORDATA (2016)

Denota-se que, entre 2001 e 2015, a população com mais de 65 anos residente reconheceu um aumento em todo o distrito de Bragança e municípios, com exceção de Vimioso, em que se observou um ligeiro decréscimo, de 1.666 indivíduos em 2.001, para 1563, em 2015.

Estes dados não deixam de ser preocupantes, exigindo uma intervenção que passa, essencialmente, pela promoção de políticas de envelhecimento ativo que permitam aos cidadãos viver de forma mais saudável, mais produtiva e com maior QdV, já que a OMS/WHO (2002), defende o conceito de envelhecimento ativo, que pretende ser mais abrangente que os conceitos de envelhecimento existentes (e.g., saudável, ótimo, bem-sucedido), uma vez que se estende para além da saúde, integrando aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, numa perspetiva claramente multidimensional (Ribeiro, 2012; Ribeiro & Paúl, 2011).

Na verdade, o envelhecimento é assumido como um processo natural e biológico, que ocorre em todo o ser humano, pois desde que se nasce que se começa a envelhecer (Fernandes, 2005). Embora se trate de um processo contínuo, o envelhecimento pode ocorrer de forma mais rápida ou, pelo menos, de forma mais notória nas últimas fases da vida do ser humano (Neri, 2001).

O Conselho da Europa e a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) consideram que a população é idosa quando os indivíduos atingem idade igual ou superior a 65 anos (Mota Pinto, 2001). Apesar de o critério da idade ter algum peso na definição de envelhecimento, sob o ponto de vista biológico não se pode afirmar que a velhice inicie aos 65 anos de idade, uma vez que o envelhecimento está dependente de um conjunto de fatores hereditários, ambientais, alimentares, entre outros (Saldanha & Caldas, 2004).

Fontaine (2000) considera que, quando se atende ao critério da idade cronológica, os idosos podem ser classificados em três grupos: o *velho jovem*, com uma idade compreendida entre os 65 e os 74 anos; o *velho velho*, com idades entre os 75 e os 85 anos e o *velho de idade avançada*, com idade igual ou superior a 85 anos, sendo que aqui se inserem os velhos mais débeis, doentes e com dificuldades em realizar as atividades quotidianas. Pese embora este critério seja importante, a mesma autora sublinha que a funcionalidade é um aspeto crucial (i.e., a idade biológica), uma vez que

uma pessoa com 90 anos de idade e com boa saúde pode apresentar-se como mais jovem quando comparada a uma pessoa com 65 anos e que não possua uma boa saúde.

Neste sentido e tal como Imaginário (2004) advoga, a combinação entre a idade cronológica e a idade biológica resulta, muitas vezes, de um total estado de debilitação, de um conjunto de enfermidades do indivíduo associadas a fatores ambientais e socioeconómicos, que contribuem para o seu agravamento global.

É precisamente nesta linha de pensamento que Paúl (2005) sublinha que a velhice é um processo subjetivo e idiossincrático (cada pessoa constrói e vive-a de forma diferente) mas, ao mesmo tempo, dialogante e relacional (toda a nossa vida é feita com e entre os outros, independentemente da idade), através do qual uma pessoa atinge "mais idade".

Para que a velhice possa ser compreendida na sua totalidade, é importante atender aos aspetos biológicos, psicológicos e sociais que se encontram a ela associados, ou seja, a toda a sua dimensão existencial que altera a relação da pessoa com o tempo, dando origem a mudanças nas relações com o mundo (Fernandes, 2005).

Sendo o envelhecimento humano uma fase inerente ao ciclo vital, o indivíduo tem que se adaptar a um novo estado físico, psicológico e social que a caracteriza (Hernandez et al., 2004). Mas esta adaptação assume-se como um desafio, uma vez que alguns idosos apresentam problemas a diversos níveis, não apenas decorrentes da diminuição das funções cognitivas, mas sobretudo decorrentes das condições sociais e ambientais, nomeadamente a perda de papéis, situações de *stress* ou de crise, doença, fadiga, desenraizamento, entre outros, que acabam por dificultar a sua adaptação (Marchand, 2001). Todavia, Imaginário (2004) sustenta que a adaptação ao envelhecimento parece ser mais fácil na realidade do idoso, quanto melhor e mais adequada ela foi nas outras fases da sua vida.

Assim, se por um lado, existe uma percentagem de idosos que vive o processo de envelhecimento de forma menos saudável, outros vivem-no de forma positiva, sem grandes sobressaltos, pelo que a vivência nesta fase poderá ser serena e tranquila, uma fase construtiva, plena em termos de realizações pessoais e projetos, sonhos e planos concretizados (Hernandez et al., 2004).

Ao se identificarem estas diferenças no envelhecimento, defende-se a ideia de que as políticas e os programas de envelhecimento devem focalizar-se na melhoria do bem-

estar social e na QdV individual, tornando-o num processo bem-sucedido. Na verdade, a maior parte das pessoas pretende envelhecer sem ser afetada por doenças crônicas e por disfuncionalidades ao nível físico, todavia uma parte substancial da população mais velha terá que enfrentar alguma fragilidade e dependência, tal como Fernández-Ballesteros (2008) assinala.

Por conseguinte, a questão da funcionalidade no idoso assume uma relevância particular. Phelan e Larson (2002) consideram que o envelhecimento bem-sucedido se encontra associado com um conjunto de variáveis relativas à capacidade funcional, tais como: a satisfação com a vida, longevidade, a ausência de incapacidades, o domínio/crescimento, a participação social ativa, a elevada capacidade funcional associada à independência e a adaptação positiva.

Muito embora esta ideia seja uma realidade presente no processo de envelhecimento, a pesquisa em gerontologia tem mostrado que o decurso do envelhecimento pode ser alterado e melhorado a partir de intervenções adequadas (Braveman, Egerter, & Williams, 2011; Coberley, Rula, & Pope, 2011; Peel, McClure, & Bartlet, 2005), em função das diversas síndromes que se encontram a ele associadas e que são referenciadas em seguida.

1.1. Principais Síndromes Associadas ao Envelhecimento

O envelhecimento, enquanto processo dinâmico e progressivo, espelha um conjunto de modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio, bem como uma maior presença de processos patológicos que refletem incapacidades com diversas perdas, incluindo o papel social, a renda, a posição social, independência e estrutura anatômica (Carvalho Filho, 2005; Eliopoulos, 2005; Lana & Schneider, 2014).

Neste sentido, pode ocorrer a fragilidade do idoso que se caracteriza como uma síndrome clínica com sinais e sintomas que são preditores de diversas complicações ao nível da saúde, nomeadamente a perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas, da velocidade da marcha (lentidão) e das

relações sociais, ou seja, a fragilidade está patente nos domínios físico, psicológico e social (Bergman et al., 2007; Linck & Crossetti, 2011).

Um dos aspetos essenciais do envelhecimento está associado à funcionalidade global do idoso, que é definida como a sua capacidade para gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesmo (Meireles, Pereira, Oliveira, Christofolletti, & Fonseca, 2010; Moraes, Marino, & Santos, 2010). Assim, um idoso é considerado saudável quando é capaz de funcionar sozinho, de forma autónoma e independente, mesmo sendo portador de doenças, pelo que esta capacidade é avaliada a partir da análise das atividades básicas de vida diárias (ABVD), que são tarefas quotidianas que são realizadas pelo idoso e relacionadas ao autocuidado, e instrumentais (AIVD), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar (Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007; Marra et al., 2007).

De acordo com Moraes (2012), a saúde no idoso assenta na sua funcionalidade global, que se encontra dividida em duas grandes áreas: a autonomia e a independência (Figura 4).

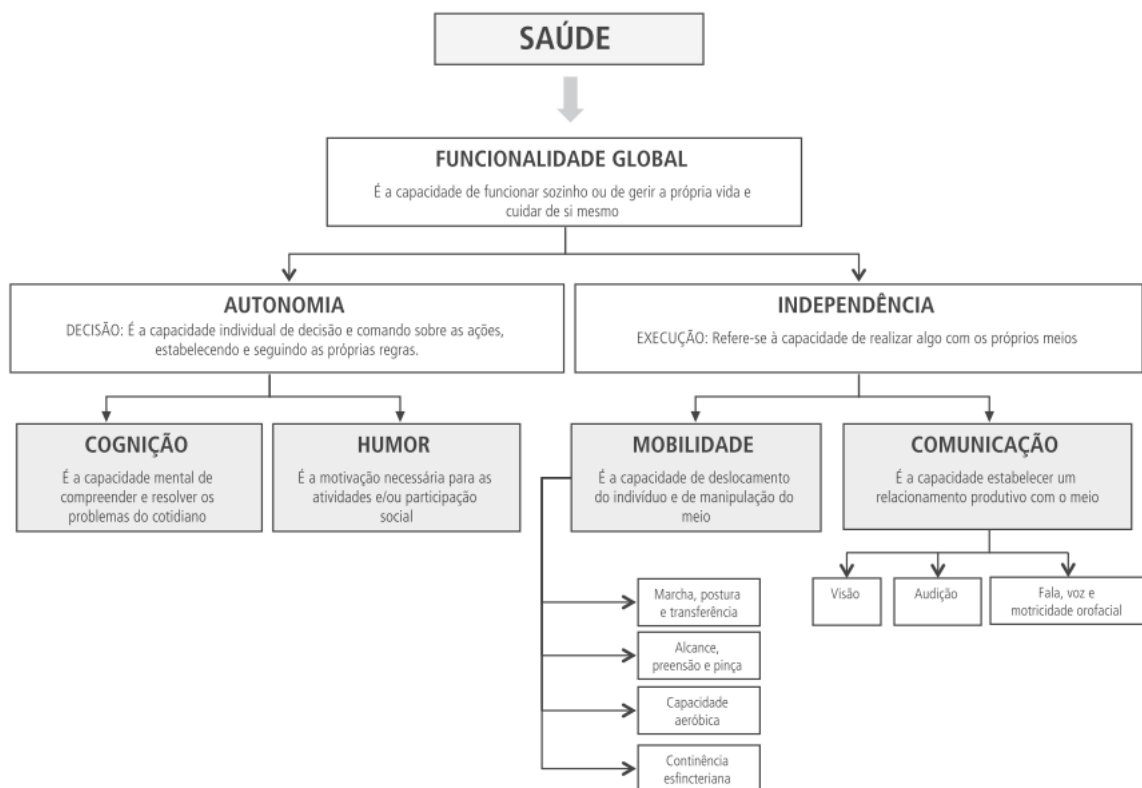


Figura 4. Domínios da saúde do idoso

Fonte: Moraes (2012, p. 11)

A autonomia refere-se à capacidade individual de decisão e de comando sobre as próprias ações (decisão), estabelecendo e seguindo as próprias regras, pelo que se encontra associada à cognição e ao humor. O humor está ligado à motivação necessária para os processos mentais, enquanto a cognição se refere à capacidade mental para compreender e resolver problemas diários, sendo constituída pelo conjunto das funções corticais formadas pela memória (capacidade de armazenamento), função executiva (e.g., planeamento, antecipação, sequenciamento e monitorização de tarefas complexas), linguagem (capacidade de compreensão e expressão oral e escrita), praxia (capacidade para executar um ato motor), gnosia (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, tácteis e auditivos) e função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si).

Por outro lado, a independência é a capacidade para realizar algo com os seus próprios meios (execução), estando diretamente associada à mobilidade e à comunicação. A mobilidade refere-se à capacidade de deslocamento do idoso e depende da postura/marcha, da capacidade aeróbica e da continência esfinteriana, enquanto a comunicação se refere à capacidade para estabelecer relacionamentos produtivos com o meio e depende da visão, da audição e da fala (Moraes et al., 2010).

Por conseguinte, a saúde do idoso depende do funcionamento harmonioso dos quatro domínios referidos anteriormente (i.e., cognição, humor, mobilidade e comunicação), segundo Moraes (2012), pelo que quando existe uma perda na autonomia e independência, surgem as grandes síndromes geriátricas mais frequentes, condicionando a saúde do idoso.

O conceito de síndrome geriátrica é relativamente recente (surgiu na década de 60) e refere-se a um conjunto de quadros decorrentes da conjugação de várias doenças que alcançam uma maior prevalência nesta população (Gómez Ayala, 2005).

Não foi, no entanto, encontrado um consenso na literatura relativamente ao número de síndromes geriátricas, tendo-se constatado que alguns autores assinalam a existência de quatro (Gómez Ayala, 2005), nomeadamente a imobilidade, a instabilidade-quedas, a incontinência urinária e a deterioração cognitiva; outros assinalam a existência de cinco (Sousa, Santana, Santo, Almeida, & Alves, 2010), nomeadamente a instabilidade postural, a incontinência urinária, a insuficiência cerebral, a iatrogenia e o isolamento

social enquanto outros (Moraes et al., 2010) se referem aos 7 "Is" da geriatria (Figura 5), nomeadamente a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência esfincteriana, a incapacidade comunicativa, a iatrogenia e a insuficiência familiar.

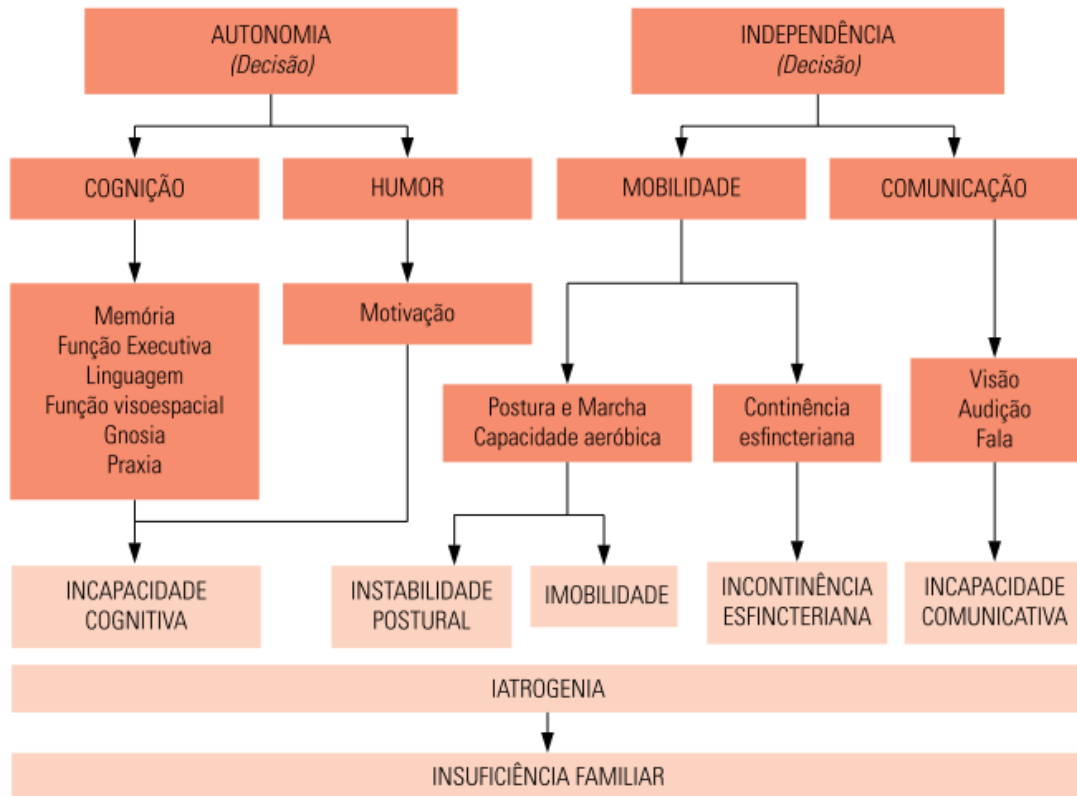


Figura 5. Grandes síndromes da geriatria

Fonte: Moraes et al. (2010, p. 55)

Independentemente do número de síndromes geriátricas identificadas pelos diferentes autores consultados, constata-se que a sua caracterização é análoga pelo que em seguida, serão caracterizadas as sete síndromes referenciadas por Moraes et al. (2010), uma vez que se considera que esta divisão se apresenta mais completa, nomeadamente no que toca à sua influência nas quedas dos idosos, que é o tema do presente trabalho.

1.1.1. Incapacidade Cognitiva

A incapacidade cognitiva resulta de um comprometimento das funções encefálicas superiores que limitam a funcionalidade do idoso. As principais etiologias da

incapacidade cognitiva são: a demência, a depressão, o *delirium* e as perturbações mentais como a esquizofrenia, oligofrenia e a parafrenia. O comprometimento cognitivo do idoso pode ser analisado quer através do seu desempenho nas ABVD, quer através do uso de escalas como a de Katz, de Bathel e de Lawton-Brody (Apóstolo, 2012; Duarte et al., 2007; Moraes, 2012).

Estudos têm mostrado que o envelhecimento aporta um declínio nas seguintes áreas: funções perceptivas (Papalia & Olds, 2000); capacidades visuoespaciais (Dacey & Travers, 2002); atenção (Simões, 2002); linguagem (Spar & La Rue, 2005); memória (Barbosa & Ribeiro, 2000; Marchand, 2005); raciocínio (Papalia & Olds, 2000) e funções executivas (Green, 2000; Lezak, Howieson, & Loring, 2004). Outros estudos têm vindo a sugerir que a cognição assume um papel fundamental na regulação da marcha e no equilíbrio dos idosos, pelo que as mudanças ao nível cognitivo (mesmo subtis) contribuem para a instabilidade postural, podendo ocasionar a ocorrência de quedas e lesões nos idosos (Gómez Ayala, 2005; Härlein, Dassen, Halfens, & Heinze, 2009; Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2012), e outros, sublinham que as perturbações de humor que se encontram presentes na maioria dos idosos, interferem na recuperação e na reabilitação de outras doenças e comprometem, em maior grau, o funcionamento cognitivo e as atividades de cuidados pessoais (Brucki 2004; Vargas, Matsuo, & Blay, 2003).

1.1.2. Instabilidade postural

A instabilidade postural no idoso encontra-se associada a causas diversas, nomeadamente, à perda de força muscular, a alterações esqueléticas (osteoporose), à redução funcional dos sistemas neurológicos adaptativos e aumento do balanço postural, a problemas de visão, polimedicação, automedicação, entre outros (Carter, Kannus, & Karim, 2001; Latash, 2008; Newton, 2001; Rogers, Rogers, Takeshima, & Islam, 2003).

A estabilidade postural integra uma componente de orientação e outra de estabilidade, sendo que a orientação inclui o alinhamento biomecânico do corpo e a orientação do mesmo no ambiente, enquanto a estabilidade permite que o corpo se mantenha em equilíbrio (Shumway-Cook & Woollacott, 2001; Spirduso, Francis, & MacRae, 2005).

Quando a estabilidade e a orientação se encontram comprometidas acabam por provocar uma alteração da posição do centro de gravidade, um aumento do tempo de reação, uma desadaptação ambiental e, conseqüentemente, uma maior predisposição para as quedas (Menezes & Bachion, 2008; Menz, Lord, & Fitzpatrick, 2003; Perracini & Ramos, 2002).

1.1.3. Imobilidade

Com o avançar da idade e problemas a ela associados, é natural que o idoso apresente, igualmente, uma maior imobilidade, reforçando um aumento da pressão sanguínea, diminuição do volume de oxigênio e capacidade aeróbica, aumento dos níveis de colesterol e triglicérides, bem como problemas posturais (Daley & Spinks, 2000; Spirduso et al., 2005).

A imobilidade leva a uma maior propensão para a instabilidade postural e coordenação motora, perda de força na massa muscular e estabilidade, podendo originar risco de quedas (Rubenstein et al., 2000).

1.1.4. Incontinência Esfincteriana

Também a incontinência esfincteriana (urinária e fecal) se encontra associada à independência/mobilidade do idoso. A incontinência esfincteriana é tida como a condição na qual existe uma perda involuntária de urina/fezes, originando comprometimento no convívio social, decorrente da vergonha, podendo conduzir à depressão e ao isolamento (Reis et al., 2003).

Estudos têm mostrado que a incontinência se apresenta como um forte preditor das quedas nos idosos (Abreu, Reiners, Azevedo, Silva, & Abreu, 2014), sendo necessárias medidas de prevenção de risco específicas aos idosos com esta síndrome.

1.1.5. Incapacidade Comunicativa

A incapacidade comunicativa poderá ser reflexo do comprometimento de diversas áreas como a linguagem, a audição, a motricidade oral e a fala, sendo que a visão poderá aqui

ser incluída, atuando como função compensatória aquando da ausência das outras habilidades. As dificuldades ou limitações a este nível levam à restrição da participação social, comprometendo a capacidade para executar as decisões tomadas e afetando diretamente a independência do idoso (Moraes, 2012).

A incapacidade comunicativa pode influenciar as quedas nos idosos, dado o comprometimento cognitivo, motor e social a ela associado, pelo que a comunicação deve ser potencializada enquanto instrumento facilitador da prevenção de quedas em idosos (Guedes, Reges, Morais, Santos, & Almeida, 2015).

1.1.6. Iatrogenia

A iatrogenia refere-se ao conjunto de intervenções dos profissionais de saúde capazes de piorar o estado de saúde do idoso, pelo desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento (Tavares, 2007), sendo que ela resulta da presença de uma ou mais das seguintes situações (Moraes et al., 2010, p. 60):

- (i) Iatofarmacogenia, decorrente do uso de medicamentos, polifarmácia, interação medicamentosa e desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento;
- (ii) Internamento hospitalar, que pode potenciar os riscos decorrentes do declínio funcional, da subnutrição, da imobilidade, da úlcera de pressão e da infeção hospitalar;
- (iii) Iatrogenia da palavra, associada ao desconhecimento das técnicas de comunicação de más notícias;
- (iv) Iatrogenia do silêncio, decorrente da dificuldade de ouvir adequadamente o idoso e sua família;
- (v) Subdiagnóstico, que se refere à tendência para atribuir todas as queixas apresentadas pelo idoso ao processo de envelhecimento, o que poderá ser um erro;
- (vi) Cascata propedêutica, que se caracteriza pela solicitação de exames desnecessários, extensivos e sem indicação precisa;
- (vii) Distanásia, caracterizada pelo prolongamento artificial da vida sem perspectiva de reversibilidade e com sofrimento para o idoso e sua família;

- (viii) Iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras, aportando consequências desfavoráveis para o idoso.

Todas as formas de iatrogenia, pelo facto de influenciarem negativamente a saúde do idoso, assumem-se como potenciadoras do risco de quedas nesta população (Sousa et al., 2010).

1.1.7. Insuficiência Familiar

Por último, a insuficiência familiar é um aspeto crucial no bem-estar do idoso, pelo que a sua ausência é capaz de desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência. O envelhecimento não pode ser assumido como um problema individual ou da sua família, mas antes um problema público, pelo que o apoio aos idosos se baseia na rede de cuidados familiares que se encontra ao seu dispor (Gomes & Mata, 2012; Mata & Rodriguez, 2012).

Ao longo dos tempos, tem-se observado modificações ao nível da estrutura familiar (urbana e rural), nomeadamente a passagem da família extensa para a família nuclear (Pereira, 2012). Todavia, ao contrário daquilo que é usualmente difundido, verifica-se que, nas sociedades industrializadas, as relações intergeracionais continuam a ser fortes (Jacob, 2012) e que os fenómenos que afetam a família (e.g., divórcio, monoparentalidade, desemprego), acabam por reforçar o seu papel, nomeadamente no que toca aos elementos mais idosos. Nesse sentido, estudos (e.g., Pimentel, 2001) têm mostrado que, em Portugal, a família continua a ser o pilar da responsabilidade pelos idosos, apesar da convicção geral de que existe um desinvestimento familiar relativamente aos idosos.

A insuficiência familiar assume-se, assim, como um fator influenciador das quedas nos idosos, uma vez que a ausência de suporte familiar para a realização das ABVD e AIVD podem colocar o idoso numa situação de maior vulnerabilidade.

1.2. Quedas em Idosos

Como observado anteriormente, a questão do envelhecimento suscita mudanças profundas a todos os níveis, tornando a população idosa mais vulnerável à ocorrência de

acidentes e de alterações na sua saúde, pelo que se assume fundamental identificar as condições que interferem no seu bem-estar e na QdV destas populações.

Nesta linha de pensamento, a queda, enquanto "... evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial" (Pinho et al., 2012, p. 321) e consequentes lesões resultantes, assume-se como um problema de saúde pública de grande impacto social, uma problemática que acontece em todos os países e que espelha o expressivo envelhecimento populacional (Buksman, Vilela, Pereira, Lino, & Santos, 2008).

As quedas podem ser classificadas, segundo a sua frequência, em acidentais ou recorrentes. As primeiras são eventos únicos e que dificilmente se repetem, sendo normalmente decorrentes de causas extrínsecas ao indivíduo, geralmente assumidas como fatores de risco ambiental danoso ou potencialmente danoso devido às atitudes de risco associadas. As segundas expressam a presença de fatores etiológicos intrínsecos, como doenças crónicas, perturbações de equilíbrio corporal, défices sensoriais e cognitivos, entre outros (Perracini, & Ramos, 2002).

Os dados epidemiológicos mundiais mostram que só na UE ocorrem perto de 40 000 mortes/100 000 idosos devido a quedas (Sethi, Racioppi, Baumgarten, & Vida, 2006). Segundo o Relatório Global da Prevenção em Quedas em Idosos da OMS/WHO (2007) é possível observar-se que aproximadamente entre 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos cai em cada ano, aumentando esta percentagem para valores entre 32 a 42% no seio dos idosos com mais de 70 anos de idade. Neste relatório está patente que as consequências das quedas em idosos exigem uma intervenção de emergência, sendo que essa é mais prevalente na Austrália e no Reino Unido. Também se observa que 40% das quedas resulta em morte, nomeadamente nos Estados Unidos da América e Canadá. Os rácios das quedas fatais crescem exponencialmente com a idade em ambos os sexos, sendo muito elevados a partir dos 80 anos de idade.

A incidência das quedas parece variar em função dos países. Assim, por exemplo, Reyes-Ortiz, Snih e Markides (2005), procuraram estimar a prevalência e risco de quedas em pessoas com 60 anos e mais, não institucionalizadas, residentes em sete cidades da América Latina e Caribe, tendo encontrado prevalências de quedas que variam entre 24,1% e 34%, ocorridas nos doze meses anteriores à realização da

investigação. Outros estudos referenciados pela OMS/WHO (2007) sugerem percentagens entre 6 e 31% na China, cerca de 20% no Japão, 21,6% em Barbados e 34% no Chile.

De facto, com o avançar da idade, o risco de cair aumenta substancialmente, configurando-se, esta síndrome geriátrica, num dos grandes problemas de saúde pública, dada a sua alta incidência, morbidade e custos sociais e económicos decorrentes das lesões provocadas (Nascimento et al., 2009).

São diversas as consequências das quedas nos idosos, nomeadamente fraturas, lesões, hematomas, medo de cair, redução da mobilidade, hospitalização, entre outras. Num estudo realizado por Iglesias, Manca e Torgerson (2009), com 1.100 idosas britânicas, constatou-se que 27,2% caiu nos 12 meses antecedentes e de entre estes, 20,5% resultaram em fraturas.

As consequências das quedas potenciam os gastos em saúde e aportam implicações na vida do idoso, provocando o medo de cair novamente, uma restrição nas ABVD e uma perda progressiva das suas capacidades funcionais e motoras (Nascimento et al., 2009).

São múltiplos os fatores associados às quedas, sendo que globalmente podem ser divididos em três categorias: fatores intrínsecos, extrínsecos e de exposição ao risco (Skelton & Todd, 2004).

Os fatores intrínsecos e individuais encontram-se associados à história de quedas (Ganz, Bao, Shekelle, & Rubenstein, 2007); idade e sexo (Milat et al., 2011); escolaridade e rendimento (OMS/WHO, 2007); problemas de saúde (Celich, Souza, Zeneviz, & Orso, 2010); medicação psicotrópica (Hamra, Ribeiro, & Miguel, 2007; Siqueira et al., 2011); capacidade funcional (Perracini & Ramos, 2002), entre outros.

Em contexto hospitalar, a incidência de quedas em pessoas com 65 anos ou mais, varia entre três a sete quedas por 1.000 pacientes/dia (Chen, Liu, Chan, Shen, & Van Nguyen, 2010; Corsinovi et al., 2009; Tanaka et al., 2012) e encontra-se relacionada com os fatores intrínsecos do idoso, como a idade avançada, défice de equilíbrio e marcha, incontinência, estado cognitivo comprometido, entre outros (Corsinovi et al., 2009; Tanaka et al., 2012).

Os fatores extrínsecos ou ambientais integram o piso escorregadio; a fraca iluminação; superfícies irregulares; calçado e vestuário não apropriado; bengalas, andarilhos e outros auxiliares de marcha não apropriados; ausência de corrimões nas escadas ou barras de apoio nos quartos de banho; obstáculos no chão, entre outros (Buksman et al., 2008; Eliopoulos, 2005; Pinho et al., 2012; Rubenstein et al., 2000).

Os fatores de exposição ao risco encontram-se relacionados com certas atividades que parecem potenciar o risco de quedas por aumentar a exposição a situações de risco ambiental (Gregg, Pereira, & Caspersen, 2000).

Por conseguinte, pode-se afirmar que a ocorrência de quedas se encontra associada a riscos multifatoriais, sendo que os agentes ligados ao ambiente físico representam 30% a 50%, assumidos como a causa mais comum da queda no idoso (OMS/WHO, 2007). Paralelamente, uma maior fragilidade observada ao nível dos fatores intrínsecos potencia os fatores extrínsecos de risco, que se assumem como propulsores da ocorrência de quedas, com consequente limitação das ABVD (Pereira, 2011).

Sabendo-se que, cerca de metade das quedas nos idosos ocorre em meios fechados, o ambiente onde o idoso vive carece de especial atenção, sendo que constituem um risco particularmente alto, as calçadas irregulares, tapetes não aderentes, fios elétricos soltos, soleiras inadequadas nas portas, zona envolvente da residência como jardins ou passeios de terra, calçadas escorregadias, degraus de entrada para a casa ou dentro de casa, iluminação noturna insuficiente, superfícies escorregadias, entre muitos outros (Studenski & Wolter, 2002).

Diversos estudos têm sido conduzidos, em contexto português que procuram identificar os principais fatores de risco e prioridades de intervenção associados às quedas no idoso. Assim, o estudo de Pereira, Miguel e Fernandes (2011), que procurou identificar os fatores de quedas em idosos institucionalizados de longa duração, os riscos de queda e suas consequências para a QdV, foi realizado junto de 64 idosos de quatro instituições do distrito de Bragança, com idade média de 82 anos, sendo na maioria do sexo feminino, viúvo e provenientes do meio rural. Os autores observaram uma prevalência de hipertensão, miopia, tonturas, presbiacusia e artrose, todas apontadas como fatores de risco das quedas. Verificaram, ainda, elevados índices de toma de anti-hipertensores, psicofármacos, anticoagulantes, diuréticos e digitálicos. Os autores constataram uma

taxa média de incidência de 75 quedas por 100/idosos por ano, um pouco mais de um terço dos idosos caíram, em média, mais do que uma vez por ano. O local de queda mais frequente foi o interior da habitação e, a larga maioria, em locais bem iluminados, sendo mais frequentes no período da tarde, embora ocorressem também de manhã e à noite. Mais de dois terços das quedas registaram-se em locais com piso liso e sem obstáculos, o que sugere dever-se a causas intrínsecas aos idosos. O tipo de calçado no momento da queda foi diverso, sendo o mais frequente o uso de pantufas. Dos entrevistados, 46,9% dos casos foi uma queda accidental, devido a tontura ou vertigem (35,9%) e provocado por terceiros (17,2%). A queda para o lado foi a mais frequente, seguida da queda para a frente. Na maior parte dos casos a queda não foi presenciada por ninguém o que dificultou uma ajuda imediata. O tempo de permanência no solo foi de alguns minutos, havendo idosos que permaneceram caídos mais de trinta minutos (9,4%). Cerca de 90% dos idosos mostrou receio em voltar a cair, apresentando consequências físicas como hematomas (em dois terços dos casos) e fraturas (em 10,9% dos casos).

Com o intuito de conhecer os fatores determinantes do evento de queda e perceber em que medida este condiciona a capacidade funcional dos idosos na realização das ABVD, Palma (2011), realizou um estudo exploratório com 100 idosos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio de Portimão. A autora constatou que a maioria dos idosos estudados era independente nas ABVD antes do evento de queda, sendo que após este, apresentaram um aumento no seu nível de dependência, nomeadamente na dimensão banho, vestir, ir à casa de banho, transferência e alimentação. A continência foi a única dimensão que apresentou o mesmo nível de dependência antes e depois do evento da queda.

Também o estudo de Pascoal (2011) procurou determinar quais os principais fatores de risco de quedas em 604 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em Lisboa e Vale do Tejo. Os principais resultados identificaram um modelo constituído por cinco fatores intrínsecos (número total de medicamentos, índice de massa corporal, nível global de equilíbrio, score de caminhada e dispêndio energético semanal em atividades físicas normais) que se assumiram como fatores de risco de quedas nesta população.

Rodrigues (2012) procurou avaliar o declínio funcional cognitivo e o risco de quedas em idosos internados no Hospital de Vila Real. Participaram no estudo 51 idosos, dos quais a maior parte era do sexo feminino, com uma média etária de 75,53 anos, maioritariamente casados ou em união de facto e a residirem em casa própria ou com familiares. Os valores obtidos na avaliação de risco de queda na admissão foram significativamente elevados por comparação aos obtidos no momento da alta. O autor verificou que a avaliação de risco se correlacionou positivamente com a idade, como com o número de dias de internamento, permitindo concluir que os idosos mais velhos e os que estiveram mais dias internados apresentaram maior risco de queda nos primeiros dias de internamento.

Com o intuito de prevenir as quedas e suas consequências nos idosos integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de S. Brás de Alportel, Palma (2012), conduziu um estudo com 62 idosos com 65 ou mais anos de idade. A autora constatou que os fatores de risco associados estiveram associados ao consumo de psicofármacos, à diminuição da acuidade visual e acuidade auditiva. Verificou, ainda, que no último ano, 41,9% dos idosos sofreu pelo menos uma queda, das quais 21,8% resultaram em fratura, bem como 48,4% dos idosos apresentou antecedentes de fratura, sendo que 86,7% destas, foram consequência de queda.

Santos (2012) procurou estudar os episódios de quedas e seus fatores de risco em 109 idosos residentes na Covilhã, com idades compreendidas entre os 68 e os 97 anos de idade. Os principais resultados mostraram que cerca de 63% destes, apresentaram quedas nos últimos 12 meses, sendo que foram os homens que obtiveram uma percentagem de quedas superior à das mulheres (69,7%). A autora verificou, ainda, que os locais mais frequentes para a ocorrência de quedas foram o quarto e a casa de banho, sendo que os fatores de risco se encontraram associados a tonturas/náuseas, desequilíbrio, auxiliares de marcha e calçado. As lesões mais frequentes foram do tipo leve (hematoma) a graves (fratura do fémur). Também o medo de cair foi identificado como consequência do evento de queda, que provoca sérias limitações em 93% dos idosos inquiridos.

Em 2013, Santos realizou um estudo no concelho de Bragança (Centro Social e Paroquial de Baçal, Centro Social de Rebordãos e no Lar da Santa Casa da Misericórdia

de Bragança), com intuito de avaliar a aptidão física, a composição corporal e o medo de cair em idosos institucionalizados. Participaram 51 idosos, com predominância do sexo feminino, com idade média de 82 anos e viúvos. A prevalência de quedas neste estudo foi de 42,1%, sendo a história de queda mais frequente nos idosos com idades entre os 84 e os 94 anos e do sexo feminino (56,2%). A autora constatou que os idosos que não tinham sofrido qualquer queda apresentavam maior força e flexibilidade superior, o que sugere que a força muscular desempenha um papel fundamental no risco de quedas. Ao longo dos dois anos em que decorreu o estudo, a autora constatou que o medo de cair aumentou 29,1%.

Gonçalves (2013) procurou analisar as variáveis sociodemográficas que influenciam o risco de queda do idoso no domicílio, junto de 130 idosos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos ($M=75.20$; $DP=6.95$), residentes no concelho de Almeida, Portugal. Os principais resultados mostraram que 64,6% referiu queda no domicílio, em maior percentagem para o sexo feminino (73,5%). Os principais motivos de queda identificados foram: desequilíbrio; falta de atenção; obstáculos; piso molhado e tonturas; vertigens ou desmaios. A maioria destes idosos encontrava-se polimedicado. A autora constatou, ainda, haver 57,7% de risco de queda em qualquer das divisões das casas dos idosos e que o risco de queda se apresentou associado com o sexo (prevalência do sexo feminino), idade (prevalência dos mais velhos), habilitações (prevalência dos que possuem menores habilitações) e rendimentos (prevalência dos que possuem rendimentos mais baixos).

Também Machado (2013) teve como principal intuito analisar a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e os fatores de risco associados em 200 idosos institucionalizados em meio rural e urbano. A autora constatou, globalmente, que os idosos do meio rural obtiveram piores resultados em todas as variáveis consideradas (ocorrência de quedas nos últimos 12 meses; percepção da visão e audição; utilização de auxiliares de marcha; realização de exercício terapêutico; quantidade de medicação utilizada; equilíbrio estático e dinâmico; mobilidade; velocidade da marcha; força dos membros inferiores; medo de cair; nível de atividade física e índice de massa corporal) e, conseqüentemente, apresentaram um maior número de fatores de risco de queda, por comparação aos idosos institucionalizados no meio urbano.

A investigação conduzida por Mata, Fernandes, Anes, Brás e Pimentel (2014) com o objetivo de avaliar o risco de queda em 387 idosos não institucionalizados do distrito de Bragança, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos ($M=77,06$; $DP=7,43$), provenientes, maioritariamente de aldeias (68,8%), do género feminino (57,4%) e casados (66,1%), mostrou que 50,1% apresentou risco de vir a sofrer uma queda, sendo a maior proporção nas mulheres e a partir dos 85 anos.

Silva, Teixeira e Lobo (2014) realizaram uma investigação qualitativa e retrospectiva com o intuito de identificarem a relação entre o nível de dependência e as quedas nos idosos da Unidade de Cuidados Continuados integrados em Alijó. Foram analisados 44 dos 388 idosos internados entre novembro de 2008 e 2013 tendo verificado que a incidência de quedas foi superior nos primeiros dias de institucionalização, nos idosos com dependência parcial nas ABVD, no quarto de banho e durante o turno da manhã.

Por último, o estudo conduzido por Prior (2015) pretendeu investigar a história de quedas de 59 idosos com idades entre os 65 e os 99 anos, residentes no concelho de Proença-a-Nova. Os principais resultados mostraram que 75% dos idosos inquiridos já sofreu pelo menos uma queda, tendo esta sido mais frequente no sexo feminino (78,95%). Estas quedas ocorreram, na sua maioria (72,7%), em casa e no período diurno (68%). A autora constatou que as quedas e o conseqüente medo de cair foram preponderantes para o risco de sedentarismo desta população, o que levou a um exacerbar das alterações e patologias associadas ao envelhecimento. Verificou, ainda, uma relação positiva, estatisticamente significativa entre as quedas e a idade.

Os resultados destes estudos realizados em Portugal apontam para a necessidade de intervenção nas quedas dos idosos, nomeadamente ao nível preventivo. Neste sentido, as intervenções preventivas assumem particular relevância na redução da incidência das quedas na população idosa (Avin et al., 2015; OMS/WHO, 2007).

O episódio de queda no idoso não resulta de um único fator, mas sim da interação de um conjunto de fatores, pelo que a eficácia dos programas de prevenção das quedas no idoso reclama abordagens multidisciplinares (Gillespie et al., 2012). Por conseguinte, um programa suficientemente abrangente, que tenha em linha de consideração um maior número de fatores e que promova um envelhecimento ativo, permitirá uma maior consolidação dos fatores preventivos que, ao serem praticados ao longo do tempo,

aportam inquestionavelmente benefícios mais significativos ao idoso em particular, aos seus cuidadores e familiares, bem como à comunidade em geral.

De acordo com Al-Ama (2011) as intervenções nos idosos, sob o ponto de vista das quedas, podem ser classificadas em múltiplas, únicas, multifatoriais e monofatoriais. Assim, as intervenções únicas e múltiplas resultam de uma combinação entre uma, duas ou mais categorias de intervenção, aplicadas a todos os idosos envolvidos num determinado programa de intervenção. As intervenções monofatoriais e as multifatoriais resultam da aplicação individual de uma, duas ou mais categorias de intervenção, com base numa avaliação individual prévia (Al-Ama, 2011).

As intervenções multifatoriais mostram-se efetivas na redução das quedas em idosos da comunidade, com ou sem fatores de risco associados (Buksman et al., 2008; Day et al., 2002). Estas intervenções incluem exercícios físicos, além de pelo menos outra das seguintes estratégias: correção da visão e riscos ambientais, tratamento da hipotensão ortostática, revisão de medicamentos e aconselhamento sobre prevenção de quedas (Gillespie et al., 2012).

Segundo a *American Geriatrics Society* e a *British Geriatrics Society* (AGS & BGS, 2010), as intervenções múltiplas são utilizadas em cuidados de longa duração, enquanto as multifatoriais mais aplicadas em idosos ambulatoriais na comunidade.

Todavia, as intervenções de natureza preventiva do risco de queda no idoso são questionáveis e a sua eficácia está longe de ser consensual, pelo que Blazer, Bremer, Schramm, Lümann e Raspe (2012) advogam que a avaliação da eficácia das intervenções encontra-se condicionada pela heterogeneidade dos estudos existentes que dificulta quer a avaliação dos estudos individuais, quer a realização de meta-análises.

Apesar de existirem limitações sob o ponto de vista da avaliação dos programas de intervenção, subsistem intervenções que se têm mostrado eficazes na prevenção das quedas no seio desta população, nomeadamente: intervenções que utilizam suplementos com vitamina D; que realizam uma revisão da medicação instituída; intervenção oftalmológica; intervenção cardiovascular e/ou sobre outras patologias; intervenção ambiental e programas de exercício (AGS & BGS, 2010; Al-Ama, 2011; Gillespie et al., 2012; Howe, Rochester, Neil, Skelton, & Ballinger, 2012).

Segundo a OMS/WHO (2007), uma abordagem personalizada mesmo que seja realizada em grupo, pode aumentar de forma significativa a adesão do idoso a um programa de prevenção de quedas. Por conseguinte, os programas educacionais e informativos, quer ao idoso quer aos seus cuidadores, são tidos como aspetos fundamentais na implementação e manutenção de estratégias de prevenção nas quedas (AGS & BGS, 2010).

Na maior parte dos programas de prevenção de quedas nos idosos encontram-se presentes alguns fatores de risco modificáveis através da mudança de hábitos e de comportamentos, procurando-se promover a manutenção e a promoção de estilos de vida saudáveis e ganhos em saúde (Direção Geral de Saúde, DGS, 2001).

Assim sendo, a mudança de comportamentos que integra a promoção de estilos de vida saudáveis assume-se fundamental na prevenção de quedas na população idosa. Esta promoção passa pelo incentivo de um conjunto de hábitos e de comportamentos de resposta às diversas situações quotidianas, que foram aprendidos no processo de socialização e constantemente repetidas e testadas ao longo do ciclo da vida (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2001).

No entanto, o aconselhamento sobre os hábitos de vida saudáveis no idoso, nem sempre produz o efeito desejado, uma vez que estes se encontram enraizados durante décadas nas suas vidas. Portanto, nestas situações, a melhor decisão para que a mudança de comportamento ocorra depende basicamente de dois aspetos fundamentais: a sensação de ameaça pessoal, pelo facto de manter esse comportamento, i.e., de que é prejudicial à sua própria saúde e não somente para os outros (vulnerabilidade apercebida) e a confiança de que se é capaz de mudar, enquanto expectativa de êxito (DGS, 2001).

Por outro lado, importa referir que o aumento de literacia em saúde tem-se afigurado como um caminho para a mudança, uma vez que permite que cada um assuma o controlo da sua saúde, detendo a responsabilidade nas decisões e comportamentos que empreende (Loureiro & Miranda, 2010).

Nesta linha de pensamento, a literacia em saúde encontra-se intimamente associada à educação e promoção da saúde, na medida em que afeta o conhecimento em matéria de saúde. Assim, um programa de prevenção nas quedas deve ter como pilar fundamental a

consciencialização do idoso, do seu cuidador e familiares de que as quedas não são eventos normais no idoso, nem uma ocorrência inevitável associada ao envelhecimento.

O evitamento de comportamentos de risco, associados aos fatores intrínsecos e extrínsecos, encontra-se na base da consciencialização de que as quedas podem e devem ser prevenidas, pelo que os programas educativos, com dinâmicas de grupo que permitam a partilha de experiências, de vivências e de saberes podem assumir-se como favoráveis na mudança de comportamentos, atitudes e crenças associadas. Todavia, os programas de promoção de bem-estar e de melhoria da QdV no idoso tendem a ser acolhidos de forma mais positiva do que os relativos à prevenção de quedas (DGS, 2001).

Em suma, é crucial consolidar a ideia de que a consciencialização da queda, enquanto evento real na vida do idoso, aporta consequências muitas vezes irreparáveis, pelo que a sua prevenção deverá ser preocupação do próprio, do cuidador, dos seus familiares e da comunidade em geral. É neste sentido que o enfermeiro comunitário assume particular relevância, uma vez que pode desenvolver programas de prevenção de quedas na comunidade, sendo fundamental que conheça, primeiramente, a realidade dos idosos, para depois poder intervir.

No capítulo seguinte apresenta-se um breve enquadramento da enfermagem comunitária, com especial enfoque nas competências do enfermeiro especialista nesta área de atuação.

2. Enfermagem Comunitária

A enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde primários, desenvolve-se no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, com atividades focalizadas na educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que fazem parte da comunidade (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001).

Mais especificamente, a enfermagem comunitária desenvolve uma prática global centrada na comunidade, sendo imprescindível a intervenção e o empenho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na implementação de programas promotores de saúde, com vista à capacitação e empoderamento das comunidades (Leme, 2000). Assim, a enfermagem comunitária desenvolve-se em diferentes locais da comunidade, dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, de forma globalizante e continuada. Trata-se de um serviço orientado para as famílias, que respeita e encoraja-os na sua independência, na tomada de decisões e no assumir de responsabilidades ao nível da saúde (Correia et al., 2001).

A intervenção na comunidade encontra-se contemplada na política de saúde nacional como diretriz, sendo que no disposto na alínea h) do número 1, Base II do Artigo 3º da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, pode ler-se o seguinte: “É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual” (p. 3).

Por conseguinte, o enfermeiro não deve centrar a sua atenção na doença, mas antes na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano, na perspetiva da sua família e comunidade (Leme, 2000). Nesta linha de pensamento, o modelo biomédico, deixa de fazer sentido e cede lugar ao modelo salutogénico de base social, cujo principal objetivo radica no bem-estar e na QdV da pessoa idosa e da sua família/cuidador. A QdV assenta na autossuficiência da vida funcional de todos os dias dos idosos, na manutenção de um elevado nível cognitivo e físico e na manutenção do empenhamento social e bem-estar subjetivo, sendo que o enfermeiro deve efetuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas das pessoas idosas, para melhorar a sua capacidade funcional (Lage, 2005).

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na prevenção de quedas em idosos assume, portanto, uma relevância peculiar, que se encontra alinhada com as políticas de saúde atuais, internacionais, regionais e locais, numa visão de promoção de saúde e prevenção de doenças e incapacidades, com vista à autonomia, independência e melhoria da QdV, nomeadamente:

- A OMS/WHO (2007), que defende que a saúde da pessoa idosa abrange uma área de intervenção fundamental, tendo em conta as alterações demográficas que têm vindo a verificar-se. A população idosa está sujeita a um conjunto de acidentes, sendo que as quedas são tidas como o acidente mais frequente.
- O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), que enfatiza três áreas fundamentais: (a) promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; (b) maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e (c) promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

A importância do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária exigiu a construção de um perfil de competências comuns, clínicas e especializadas que visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências destes profissionais e comunicar aos cidadãos o que podem esperar da sua ação. Nesse sentido, em seguida, abordam-se as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

2.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, divulgado pela OE (2010, ponto 4, p. 2) e atualizado pelo Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (art.º 4, p. 8667), estabelece o seguinte:

"1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacidade de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico".

Neste sentido, e ainda de acordo com o mesmo Regulamento (2011), são especificadas as unidades de competências, que se encontram resumidas no Quadro 1:

Quadro 1

Resumo das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e etapas principais

Competências	Unidades de competências
a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade; ◆ Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade; ◆ Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades de saúde estabelecidas; ◆ Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; ◆ Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.
b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; ◆ Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais; ◆ Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades.
c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde
d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Fonte: Elaboração própria a partir da informação do Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro (2011, pp. 8667-8669)

Pelo exposto, verifica-se que os enfermeiros possuem um papel prioritário na prestação de cuidados aos idosos, sendo profissionais indispensáveis na identificação dos problemas de forma individualizada, na prestação de cuidados de forma sistematizada e na capacitação para a autonomia e independência, possibilitando beneficiarem as suas capacidades funcionais independentemente do seu estado de saúde (Lage, 2005).

Parte II - Estudo Empírico

3. Contextualização e Objetivos do Estudo

O presente estudo empírico foi conduzido em Bragança, um dos distritos de maior dimensão do país, que se situa no extremo do nordeste de Portugal, especificamente na província de Trás-os-Montes e Alto Douro. Bragança possui uma superfície territorial de 1.174 km², dividida em 39 freguesias, contando com cerca de 34.511 habitantes dos quais, em 2015, e segundo o PORDATA (2016), 7.998 era população residente com idade igual ou superior a 65 anos.

Os dados sociodemográficos mostram que se trata de uma área com baixa densidade urbana e populacional, apresentando uma população envelhecida, com níveis de instrução relativamente baixos e com baixo poder de compra, inserindo-se num contexto socioeconómico e cultural de expressão rural, acentuada desertificação e com uma geografia dispersa, contendo freguesias muito distantes da sede de concelho. Os percursos sinuosos e os invernos rigorosos dificultam o acesso às localidades, potenciando o isolamento de uma população envelhecida (Câmara Municipal de Bragança, 2015).

Sob o ponto de vista da saúde pública, o Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de junho cria a ULSNE, que integra três unidades hospitalares e 14 centros de saúde que servem a população do distrito de Bragança. Trata-se de uma entidade pública empresarial de capitais do Estado, possuindo autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Na área clínica, opera ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Hospitalares, Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos e Saúde Pública (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

O principal objetivo estratégico da ULSNE assenta na satisfação sustentável das necessidades em saúde da população residente na sua área de influência, com especial enfoque ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. A missão principal da ULSNE assenta na prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, respondendo às suas necessidades e expectativas e promovendo o uso racional e eficiente dos recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

A visão da ULSNE aposta na excelência da prestação de cuidados, numa perspetiva de integração dos diversos níveis de assistência, articulados com os recursos comunitários existentes, sendo que o doente/utente é o foco central da sua atividade. Neste sentido, os valores defendidos pela ULSNE passam pela ética, competência e cooperação, qualidade, compromisso com o cidadão, humanização e responsabilidade social e ambiental (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

À ULSNE encontram-se associados os seguintes municípios: Alfândega da Fé; Bragança; Carrazeda de Ansiães; Freixo de Espada à Cinta; Macedo de Cavaleiros; Miranda do Douro; Mirandela; Mogadouro; Vila Flor; Vimioso; Vinhais e Torre de Moncorvo, perfazendo um total de população residente de 131.483 habitantes, representando cerca de 3,6% da população da região norte (Neto, Pimentel, Tavares, Araújo, & Guerreiro, 2015).

Tendo como pano de fundo esta breve caracterização do contexto e de acordo com a nossa experiência no SU da referida ULSNE, sublinhamos que:

- O aumento da população com 65 anos ou mais está previsto neste distrito (INE, 2015);
- Os idosos são os principais utilizadores dos serviços públicos de saúde e de internamento hospitalar frequente (Lima-Costa & Veras, 2003);
- Os idosos são o grupo onde existe maior prevalência de quedas (OMS/WHO, 2007), sendo que estas são tidas como um problema de saúde pública de grande impacto social (Buksman et al., 2008), dada a sua elevada incidência, morbidade e custos sociais e económicos associados às lesões decorrentes (Nascimento et al., 2009);
- A incidência de quedas em pessoas com 65 anos ou mais, em contexto hospitalar, varia entre três a sete quedas por 1.000 pacientes/dia (Chen et al., 2010);
- A ocorrência de quedas limita as ABVD dos idosos (Pereira, 2011);
- Subsiste a necessidade de intervenções preventivas ao nível das quedas nos idosos no distrito, com vista à promoção do bem-estar e da melhoria da QdV do idoso (Avin et al., 2015; DGS, 2001), implicando o próprio, o cuidador, seus familiares e comunidade em geral.

A partir do exposto, foram formuladas as seguintes questões de investigação, que espelham a problemática do presente estudo:

- *Qual a incidência das quedas em idosos atendidos no SU da ULSNE no primeiro semestre de 2016?*
- *Quais as causas e sequelas decorrentes das quedas na amostra de idosos?*

Considerando as questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos:

1. Calcular a incidência de quedas em pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos atendidas no SU da ULSNE no primeiro semestre de 2016 (fase 1);
2. Caracterizar o evento de queda (local; divisão onde ocorreu; horário da queda; ocorrência da queda; história de queda anterior; frequência de quedas; existência de fraturas; recuperação da última queda; complicações associadas; fatores protetores da queda; motivo da queda; uso de óculos; uso de aparelho auditivo e tipo de calçado);
3. Identificar as patologias mais prevalentes na amostra dos idosos estudados;
4. Caracterizar a medicação habitual na amostra de idosos e identificar as situações de polimedicação;
5. Analisar o impacto da queda ao nível das ABVD dos idosos.

4. Metodologia de Investigação

A metodologia de investigação pretende operacionalizar o estudo, pelo que segundo Fortin (2009, p. 108) ela deve "descrever o tipo de estudo realizado, as definições e operacionalizações das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população".

Neste sentido e tal como Pais-Ribeiro (2010) assinala, o objetivo da metodologia é "descrever em pormenor como se realizou o estudo, de tal modo que qualquer um o possa replicar com base na informação recolhida" (...) sendo que se divide em "participantes, material, planificação e procedimentos", podendo estas fases encontrarem-se numa " determinada ordem ou fundirem-se numa só" (p. 32).

4.1. Procedimentos

Face ao acima referido, são apresentados seguidamente todos os procedimentos considerados pertinentes na realização do presente estudo.

4.1.1. Desenho do Estudo

O presente estudo foi conduzido em duas etapas: a primeira consistiu na recolha de informação relativa aos registos de admissão dos utentes no SU da ULSNE e, cuja causa de admissão tivesse sido uma queda. Esta fase da investigação assenta numa abordagem retrospectiva, uma vez que foram recolhidos os episódios de queda que ocorreram no 1º semestre de 2016.

A partir da população inicial, procedeu-se à segunda fase do estudo, que consistiu na seleção de uma amostra por conveniência para responder ao inquérito por questionário relativo às causas e consequências da queda, sendo que esta fase assenta numa abordagem quantitativa e transversal (já que os dados foram recolhidos num único momento).

Trata-se igualmente de um estudo descritivo e analítico, que tem por objetivo determinar a distribuição das quedas e condições a ela associadas segundo o tempo (primeiro semestre de 2016), o lugar e/ou características dos indivíduos, através de dados secundários (i.e., pré-existent), examinando como a prevalência (casos existentes) e a

incidência (casos novos) dessas quedas variam em função de determinadas características sociodemográficas e clínicas (Lima-Costa & Barreto, 2003).

4.1.2. Procedimentos de Seleção da Amostra

A população do presente estudo é constituída por todos os idosos (com idades iguais ou superiores a 65 anos) atendidos no SU da ULSNE, durante o primeiro semestre de 2016, perfazendo um total de 7.428 idosos. Depois de analisados os motivos de atendimento no referido serviço, foram identificados **887** idosos que apresentaram episódios de queda. Destes, foram retiradas informações relativas ao número de processo, idade, motivo da urgência, Centro de Saúde de proveniência e número de episódio de quedas no período considerado.

A partir destes dados, constatou-se que alguns dos utentes pertenciam a Centros de Saúde em que o Hospital de referência não era a ULSNE - unidade de Bragança ($n=187$), outros onde não foi fornecida a informação relativa ao Centro de Saúde a que pertenciam ($n=226$), num idoso ($n=1$) não foi possível identificar o número de processo e, outros encontravam-se repetidos ($n=30$), sendo que estes aspetos constituíram-se em critérios de exclusão (Quadro 2).

Quadro 2

Casos que não cumprem os critérios de inclusão

Critérios de exclusão	<i>n</i>
Registos sem informação	226
Ausência de número de processo	1
Número de processo repetido	30
Centros de Saúde não pertencentes à ULSNE - Unidade de Bragança ¹	187
Total	444

Após este processo inicial, procedeu-se à seleção da amostra final, a partir dos seguintes critérios de inclusão:

¹ Alfândega da Fé, Amadora, Bouça, Carrazeda de Ansiães, Carviçais, Felgar, Freixo de Espada à Cinta, Gralhos, Paredes, Ramalde, São João, Seixo de Manhoses, USF de Saúde no Futuro-CS, todas as extensões de Mirandela, Torre de Moncorvo, Torre Dona Chama, UCSP de Albufeira, UCSP Ílhavo; USF Amorosa XXI, Valpaços, Vila Flor e Vila Real.

(i) ambos os sexos; (ii) com idade igual ou superior a 65 anos; (iii) terem tido um evento de queda no primeiro semestre de 2016; (iv) terem sido atendidos no SU da ULSNE-Unidade de Bragança e (v) estarem recetivos para participar no estudo.

4.1.3. Procedimentos Éticos e Deontológicos

O presente estudo iniciou-se com uma solicitação de autorização ao Conselho de Administração da ULSNE, para o fornecimento e recolha de dados (Anexo A) relativa aos idosos admitidos no SU por motivo de queda, ocorrida entre 1 de janeiro e 30 de junho de 2016.

Para além disso, na condução do mesmo estudo foram seguidos os procedimentos éticos e deontológicos que regem a investigação, nomeadamente os valores e normas presentes no código deontológico do enfermeiro (OE, 2010), bem como os princípios éticos consignados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, tais como: consentimento informado dos participantes (Anexo B), confidencialidade, respeito, honestidade nas relações estabelecidas e garantida dos direitos dos que participaram voluntariamente na investigação.

Assim, os idosos foram informados sobre os objetivos da investigação, a natureza voluntária da sua participação e a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como a confidencialidade e anonimato das suas respostas. Foi-lhes ainda esclarecido que podiam ter acesso aos resultados se assim considerassem pertinente.

4.1.4. Procedimentos de Colheita de Dados

Após a autorização para a recolha de dados (Anexo C), iniciou-se o processo de investigação, sendo que os dados fornecidos foram analisados em função dos critérios de inclusão e exclusão, com o intuito da obtenção da amostra final. Assim, na fase 1, foram consultados os registos que se encontravam na ULSNE relativamente às quedas dos idosos no período de tempo considerado.

A partir dos idosos que reuniam os critérios de inclusão foram contactados os médicos e enfermeiros de família com o intuito de se solicitar a sua colaboração para contactarem os idosos e serem convidados a participarem no presente estudo.

Uma vez contactados, a colheita de dados para a fase 2 decorreu entre outubro e dezembro de 2016. Esta recolha de informação foi realizada através de entrevista pela enfermeira investigadora, sendo que, em média, as mesmas demoraram aproximadamente 30 minutos, de acordo com a sua capacidade de comunicação e de compreensão das questões.

As entrevistas decorreram quer em ambiente de consulta de enfermagem, quer no domicílio em local reservado com o intuito de evitar dispersão, constrangimentos ou omissão de informação ao responder às perguntas.

4.1.5. Instrumentos de Recolha de Dados (IRD)

Com o objetivo de recolher a informação necessária para a concretização do presente estudo, foi elaborado um formulário (Anexo D) composto por quatro partes:

- A primeira inclui questões que visam caracterizar a amostra de idosos e inclui questões relativas ao género, idade, local de residência, estado civil, núcleo familiar, nível de escolaridade, tipo de habitação e consumo de álcool;
- A segunda parte do questionário pretende obter dados que permitam a caracterização do evento de queda, como tal, comporta questões relativas ao local da queda, horário, história de quedas anteriores, recuperação, aspetos associados à queda, uso de óculos, de aparelho auditivo e tipo de calçado (adaptado de Palma, 2011).
- Tendo em consideração o estudo da situação de saúde dos idosos, elaborou-se a terceira parte do IRD com, questões associadas a problemas de saúde, medicação regular e alterações na medicação (adaptado de Palma, 2011).
- A quarta e última parte do IRD foi elaborada tendo em mente a avaliação das ABVD (e.g., banho, vestir, ir à casa de banho, transferência, continência e alimentação), devendo assinalar-se para cada área, o funcionamento antes e depois da queda ocorrida em 2016 (adaptado de Apóstolo, 2012). Estas

atividades foram questionadas numa escala tipo Likert com três possibilidades de respostas que variam desde a total independência à completa dependência, pelo que, em cada item foi considerado o valor 1 que traduz independência na realização da ABVD e o valor 3 que traduz dependência na realização da respetiva ABVD. A amplitude varia entre 6 pontos (independência total nas ABVD) e 18 pontos (dependência total nas ABVD).

4.1.6. Procedimentos de Tratamento de Dados

Os dados recolhidos foram validados e introduzidos no programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM® SPSS), versão 23.0 para *Windows*, e utilizando a seguinte metodologia de tratamento de dados:

- Teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors para o estudo da normalidade das variáveis, atendendo a que a amostra estudada inclui mais de 50 idosos.
- Estatística descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e de dispersão, tendo em consideração a caracterização da amostra bem como o contexto da queda.
- No sentido de estabelecer a comparação de médias de dependência nas ABVD antes e após a ocorrência da queda, fez-se uso do teste *t* para amostras emparelhadas.

No presente estudo, foi considerado o nível de significância de $p \leq 0,05$, com um intervalo de confiança de 95%.

4.1.7. Operacionalização das Variáveis

Como variáveis independentes (i.e., sociodemográficas e clínicas), foram considerados o sexo, a idade, o local de residência, o estado civil, o núcleo familiar, o nível de escolaridade, o tipo de habitação, os problemas de saúde, a medicação e o consumo de álcool; o contexto da queda e o nível de dependência nas ABVD.

Para efeitos das análises estatísticas posteriores, a variável idade foi recodificada em três grupos (dos 65-74 anos, dos 75-84 anos e maior ou igual a 85 anos).

4.2. Participantes

Após a análise dos episódios de queda, observou-se que 443 idosos preenchiam os critérios de inclusão, pelo que destes foram seleccionados, aleatoriamente, **202** idosos que constituíram a amostra do presente estudo, aos quais foi realizada uma entrevista para a recolha dos dados relativos à queda. O Quadro 3 caracteriza a proveniência dos 202 idosos da amostra, em função do Centro de Saúde.

Quadro 3

Centros de Saúde de proveniência e número de episódios de quedas

Centros de Saúde	<i>n</i>	%
Bragança	119	58,9
Macedo de Cavaleiros	21	10,4
Miranda do Douro	8	4,0
Mogadouro	20	9,9
Vimioso	10	5,0
Vinhais	24	11,8
Total	202	100

No Quadro 4 está representada a caracterização da amostra de idosos. Através da sua análise pode verificar-se que, no que à idade diz respeito, se constatou uma média de $79,66 \pm 7,84$ anos, tendo o mais novo 65 anos e o mais velho 98 anos. Na distribuição por grupos etários, verifica-se que a maioria dos idosos pertence ao grupo etário dos 75-84 anos.

Observa-se ainda que grande parte dos idosos pertence ao sexo feminino ($n=138$; 68,3%), residem em ambiente rural ($n=133$; 65,8%), está casada ou vive em união de facto ($n=113$; 55,9%), mora com familiares ($n=106$; 52,5%), possui o primeiro ciclo de escolaridade ($n=94$; 46,5%) e vive numa casa com escadas/degrau ($n=118$; 58,4%).

Quadro 4

Caraterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	138	68,3
Masculino	64	31,7
Idade		
65-74 anos	62	30,7
75-84 anos	85	42,1
≥85 anos	55	27,2
	$\bar{X}=79,66 \text{ anos} \pm 7,84$	
Local de residência		
Rural	133	65,8
Urbano	69	34,2
Estado civil		
Casado/união de facto	113	55,9
Divorciado/separado	7	3,5
Viúvo/a	72	35,6
Solteiro/a	10	5,0
Núcleo familiar		
Mora sozinho	32	15,8
Mora com familiares	106	52,5
Está institucionalizado	64	31,7
Nível de escolaridade		
Sem frequência no sistema ensino	62	30,7
Primeiro ciclo	94	46,5
Segundo ciclo	19	9,4
Terceiro ciclo	5	2,5
Ensino secundário	16	7,9
Ensino superior	6	3,0
Tipo de habitação		
Casa com escadas/degraus	118	58,4
Casa sem escadas/degraus	60	29,7
Apartamento com elevador	21	10,4
Apartamento sem elevador	3	1,5

Relativamente aos hábitos de consumo de álcool, o Quadro 5 mostra que a maioria dos idosos ($n=140$; 69,3%) não consome bebidas alcoólicas, sendo que 30,7% ($n=62$) o faz, nomeadamente às refeições ($n=47$; 23,3%), principalmente vinho ($n=53$; 26,2%) e entre 1 a 2 copos ($n=32$; 15,8%).

Quadro 5

Caraterização da amostra em função dos hábitos de consumo de álcool

Consumo de álcool	n	%
Consumo de álcool		
Não	140	69,3
Sim	62	30,7
Frequência do consumo		
Apenas às refeições	47	23,3
Apenas fora das refeições	3	1,5
Às refeições e fora delas	12	5,9
Bebidas mais frequentes		
Bebidas brancas	1	,5
Vinho	53	26,2
Vinho e bebidas brancas	1	,5
Vinho e cerveja	6	3,0
Vinho, cerveja e bebidas brancas	1	,5
Quantidade ingerida por dia		
1 a 2 copos	32	15,8
2 copos e cerveja	3	1,5
3 a 4 copos	4	2,0
Mais de 4 copos, cerveja e bebidas brancas	23	11,4

5. Apresentação dos Resultados

Para uma melhor estruturação do presente capítulo, os resultados obtidos são apresentados em função dos objetivos previamente formulados.

Objetivo 1 - Calcular a incidência de quedas em pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos atendidas no SU da ULSNE no primeiro semestre de 2016 (fase 1)

De acordo com os dados fornecidos, no primeiro semestre de 2016 foram atendidos no serviço de urgência da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, um total de 7428 pessoas com 65 ou mais anos dos quais, 887 apresentaram como motivo de episódio de urgência, o facto de terem sofrido uma queda.

Em face dos dados fornecidos, calculou-se uma incidência de 11,94% de quedas nos idosos que foram assistidos no referido período de tempo. O cálculo da incidência foi realizado da seguinte forma:

$$[\text{Número de idosos com quedas}/\text{Número total de idosos atendidos}] \times 100$$

$$[887/7428] \times 100 = 11,94\%$$

Em face dos resultados obtidos, pode deduzir-se que a taxa de incidência de quedas no total de idosos atendidos no serviço de urgência da Unidade Hospitalar de Bragança da ULSNE no primeiro semestre de 2016 foi de aproximadamente 12 eventos de queda por cada 100 idosos que recorreram a este serviço.

Objetivo 2 - Caracterizar o evento de queda na amostra de idosos estudada

São variadíssimos os locais da ocorrência onde um episódio de queda pode ocorrer. No caso dos resultados obtidos no presente estudo, e estabelecendo a análise ao Quadro 6, pode verificar-se que a maioria dos idosos inquiridos (n=81; 40,1%) caiu no domicílio. O local a seguir mais representado é a rua (n=71; 35,2%) e, por ordem decrescente, as quedas ocorreram em Estruturas Residenciais para Idosos (n=29; 14,4%), em jardins ou quintais (n=18; 8,8%) e, por último, em locais públicos como cabeleireiro, café ou “shopping” (n=3; 1,5%).

Quadro 6

Local da queda

Local da queda	<i>n</i>	%
Local público (cabeleireiro, café, <i>shopping</i>)	3	1,5
Domicílio	81	40,1
Jardim/Quintal	18	8,8
Estrutura Residencial para Idosos	29	14,4
Rua	71	35,2
Total	202	100

Ao procurar analisar-se qual a divisão mais específica de ocorrência das quedas nos idosos que referiram ter caído no domicílio e Estrutura Residencial para Idosos ($n=110$), observa-se no Quadro 7 que os locais foram diversos, de entre os quais, os mais prevalentes foram a casa de banho ($n=32$; 15,8%) e o quarto ($n=26$; 12,9%). Foram ainda mencionados outros locais onde a queda aconteceu ($n=12$; 5,9%). De entre estes, 10 idosos (83,4%) sofreram a queda em escadas.

Quadro 7

Divisão onde a queda ocorreu

Divisão de ocorrência da queda	<i>n</i>	%
Corredor	8	4,0
Cozinha	16	7,9
Quarto	26	12,9
Casa de banho	32	15,8
Sala de estar	16	7,9
Outro	12	5,9
Escadas	10	83,4
Garagem	1	8,3
Hall	1	8,3

Analisando a Figura 6 relativa à hora da ocorrência do evento da queda, pode verificar-se que o horário aproximado ronda em média as $12,09 \pm 4,08$ h, tendo havido uma maior prevalência de quedas por volta das 10:00 da manhã ($n=40$), seguido, com igual prevalência as 9 e 11h ($n=19$ cada).

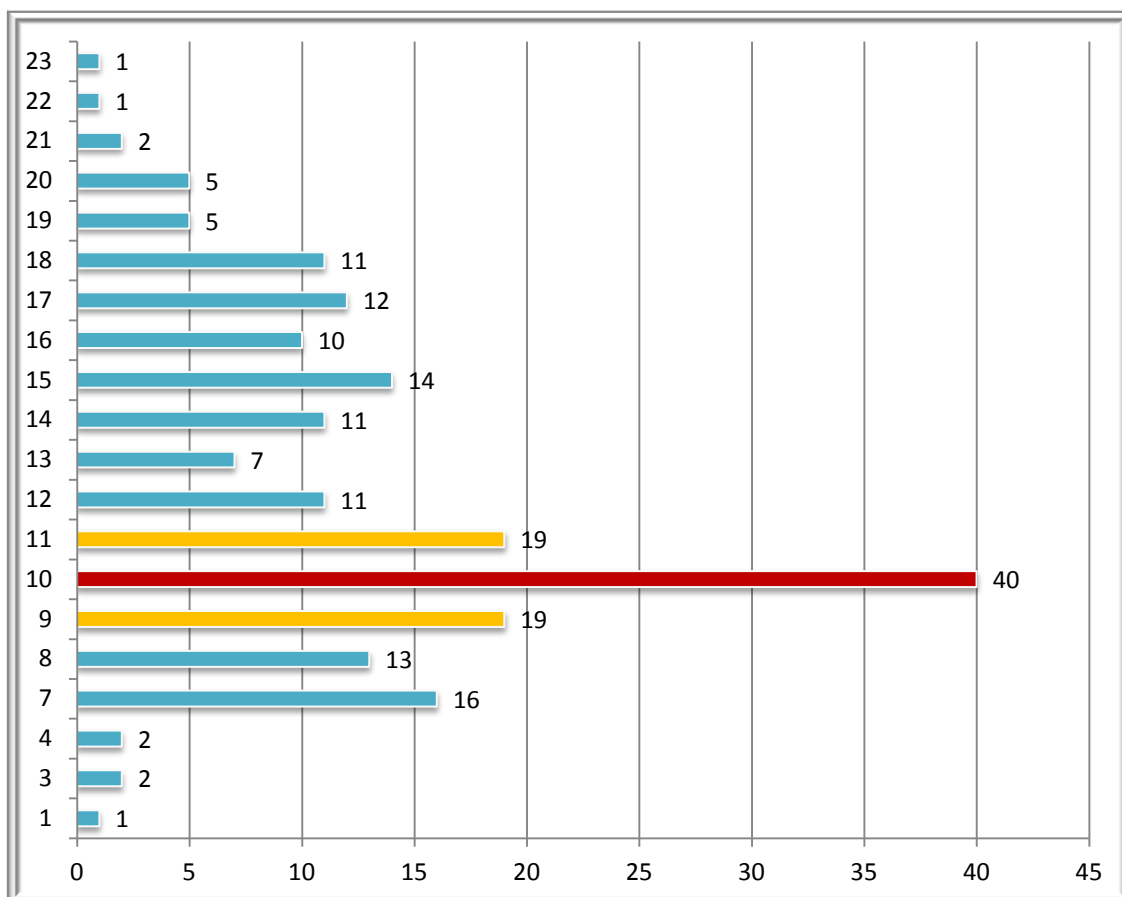


Figura 6. Horário da queda

No que diz respeito às quedas ocorridas nos idosos (Quadro 8), verifica-se que estas ocorreram com uma antecedência de 6 a 7 meses à data da entrevista (em dezembro de 2016) e, na sua maioria, sem fratura (n=110; 54,5%).

Quadro 8

Tempo de ocorrência da queda e presença de fraturas

	<i>n</i>	%
Há quantos meses		
6 Meses	45	22,3
7 Meses	44	21,8
8 Meses	24	11,9
9 Meses	26	12,9
10 Meses	30	14,9
11 Meses	33	16,2
Teve fratura		
Sim	92	45,5
Não	110	54,5

Os idosos do presente estudo foram questionados relativamente a episódios de queda anteriores, sendo que o Quadro 9 mostra que 56,9% (n=115) referiu ter sofrido uma queda anterior e, maioritariamente sofreu duas quedas anteriormente (n=37; 32,1%). Realça-se ainda uma proporção igualmente considerável de idosos que sofreram três quedas (n=32; 27,8%).

Quadro 9

Quedas anteriores

Histórico de quedas anteriores	<i>n</i>	%
Quedas anteriores		
Não	87	43,1
Sim	115	56,9
Se sim, quantas vezes:		
Uma vez	26	22,7
Duas vezes	37	32,1
Três vezes	32	27,8
Quatro ou mais vezes	20	17,4

Considerando a queda atual que os levou ao SU da ULSNE no período de tempo analisado, observa-se que a maioria (n=111; 55%) refere que a queda ocorreu devido a obstáculo (Figura 7).

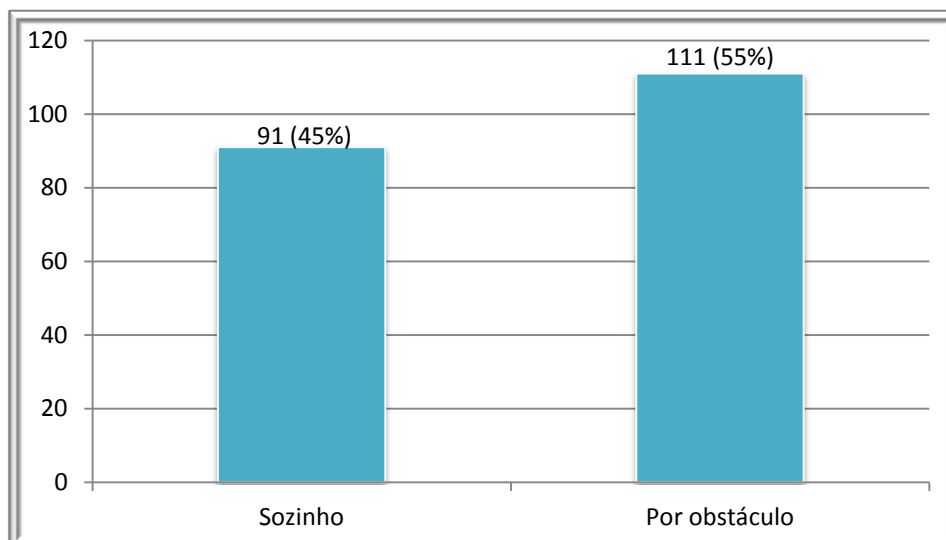


Figura 7. Como caiu?

Tendo em conta essa última queda, questionou-se como foi a sua recuperação, sendo que grande parte dos idosos a considerou como sendo "má" (n=98; 48,5%) e muito má (n=43; 21,3%), conforme se pode analisar na Figura 8.

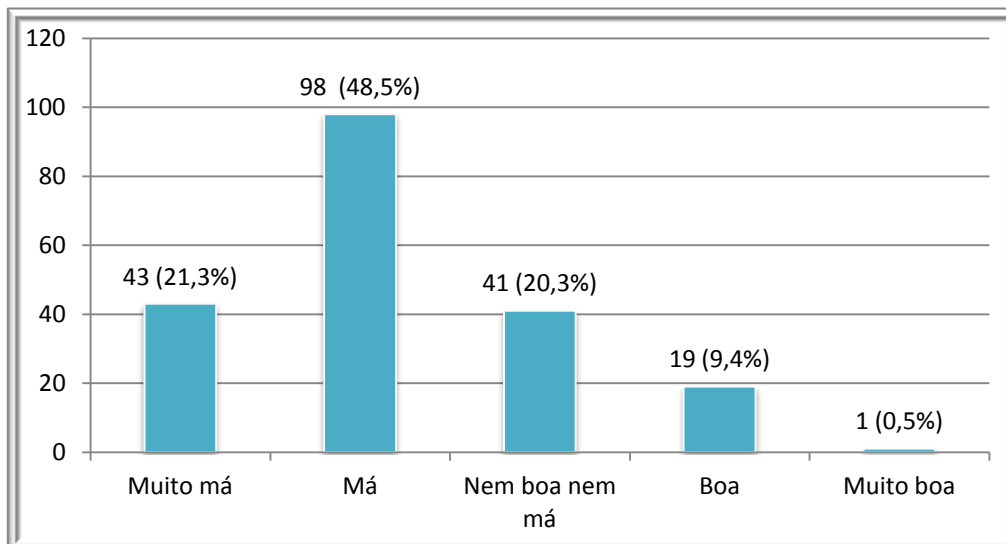


Figura 8. Recuperação da queda

Analisando os aspetos que antecederam o evento da queda, o Quadro 10 sugere que 29,7% das quedas dos idosos decorreu devido ao "desequilíbrio" (n=60; 29,7%), seguido do "escorregou" (n=43; 21,3%) e "fraqueza muscular" (n=40; 19,8%). Realça-se ainda a existência de 18 idosos (8,9%) que referiram ter tido uma "sensação de desmaio"

Quadro 10

Fatores antecedentes à queda

Fatores antecedentes à queda	n	%
Antes da queda		
Desequilíbrio	60	29,7
Fraqueza muscular	40	19,8
Perda/dificuldade audição ou visão	8	4,0
Sensação de desmaio	18	8,9
Tontura/vertigem	27	13,4
Escorregou	43	21,3
Outras	6	3,0
Cadeira partiu	1	16,7
Caiu de uma árvore	1	16,7
Distração	1	16,7
Não sabe	2	33,2
Tropeçou numa pedra	1	16,7

Ao analisarem-se os movimentos e/ou atividades que estavam a ser realizadas pelos idosos aquando da queda atual, a leitura do Quadro 11 evidencia que grande parte (n=57; 28,2%) se encontrava a deambular, seguido de 17,8% (n=36) que estava a executar movimentos de levante e 16,8% (n=34) encontrava-se a realizar movimentos de subir/descer, baixar/levantar e/ou trabalhos agrícolas/jardinagem.

Quadro 11

Movimentos e/ou atividades que estavam a fazer

Movimentos e/ou atividades anteriores	n	%
Levante	36	17,8
Vestir	2	1,0
Higiene/banho	18	8,9
Subir/descer - baixar/levantar	34	16,8
Deambular	57	28,2
Necessidades esfinterianas	6	3,0
Trabalhos domésticos	10	5,0
Trabalhos agrícolas/jardinagem	34	16,8
Não sabe/não responde	5	2,5

No que diz respeito ao uso de óculos e aparelho auditivo, o Quadro 12 mostra que a maioria dos idosos não usa óculos (n=116; 56,4%), nem aparelho auditivo (n=159, 78,7%), sendo que grande parte daqueles que os utilizam, tinham-nos colocados na altura da ocorrência da queda.

Quadro 12

Uso de óculos e aparelho auditivo

Óculos e aparelho auditivo	n	%
Usa óculos		
Não	116	56,4
Sim	86	42,6
Óculos no momento da queda		
Sim	68	33,7
Não	18	8,9
Usa aparelho auditivo		
Não	159	78,7
Sim	43	21,3
Aparelho auditivo no momento da queda		
Sim	30	14,9
Não	13	6,4

Relativamente ao calçado que os idosos estariam a utilizar no momento da queda, o Quadro 13 mostra que 33,2% (n=67) dos idosos estava a usar "chinelos" enquanto 31,7% (n=64) usava um "sapato todo fechado". Relativamente ao tipo de sola, constatase que a maioria (n=111; 55%) referiu estar a usar calçado com "sola de borracha".

Quadro 13

Tipo de calçado e sola

Tipo de calçado e sola no momento da queda	n	%
Tipo de calçado		
Sapato todo fechado	64	31,7
Sapato aberto no calcanhar	21	10,4
Chinelos	67	33,2
Descalço	31	15,3
Sapatos com atacadores	19	9,4
Tipo de sola		
Sola de borracha	111	55,0
Sola em pele	49	24,3
Sola de outro material	11	5,4

Objetivo 3 - Identificar as patologias mais prevalentes na amostra dos idosos estudados

Analisados os problemas de saúde autorrelatados e expressos no Quadro 14, observou-se que a hipertensão (n=134; 66,3%) é a doença mais prevalente na amostra estudada, seguida da doença cardiovascular e da diabetes *Mellitus* (n=34; 16,8%), patologia osteoarticular (n=30; 14,9%) e dislipidemia/colestorolemia (n=29; 14,4%).

Quadro 14

Tipos de doenças mais prevalentes

Tipos de doenças	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Doença oncológica	20	9,9	182	90,1
Acidente Vascular Cerebral	9	4,5	193	95,5
Patologia osteoarticular	30	14,9	172	85,1
Hipertensão	134	66,3	68	33,7
Doença cardiovascular	34	16,8	168	83,2
Diabetes	34	16,8	168	83,2
Doença ocular	2	1,0	200	99,0
Doença psiquiátrica	20	9,9	182	90,1
Doença respiratória	20	9,9	182	90,1
Obesidade	6	3,0	196	97,0
Doença neurológica (Parkinson, Epilepsia)	11	5,4	191	94,6
Doença gastro/digestiva	5	2,5	197	97,5
Doença hematológica	1	0,5	201	99,5
Hipocoagulado/a	18	8,9	184	91,1
Dislipidemia/Colesterolemia	29	14,4	173	85,6
Síndrome vertiginoso	8	4,0	194	96,0
Doença renal	6	3,0	196	97,0
Prostatismo	2	1,0	200	99,0
Obstipação	1	0,5	201	99,5
Cirroze hepática	1	0,5	201	99,5

Sendo a pluripatologia uma situação frequente na camada da população idosa, questionaram-se os elementos da amostra estudada quanto ao número de doenças de que padeciam. A análise da Figura 9 mostra que 35,6% (n=72) referiu padecer de uma doença, 31,2% (n=63) mencionou duas doenças e 57 idosos (28,2%) relataram padecer de três ou mais doenças.

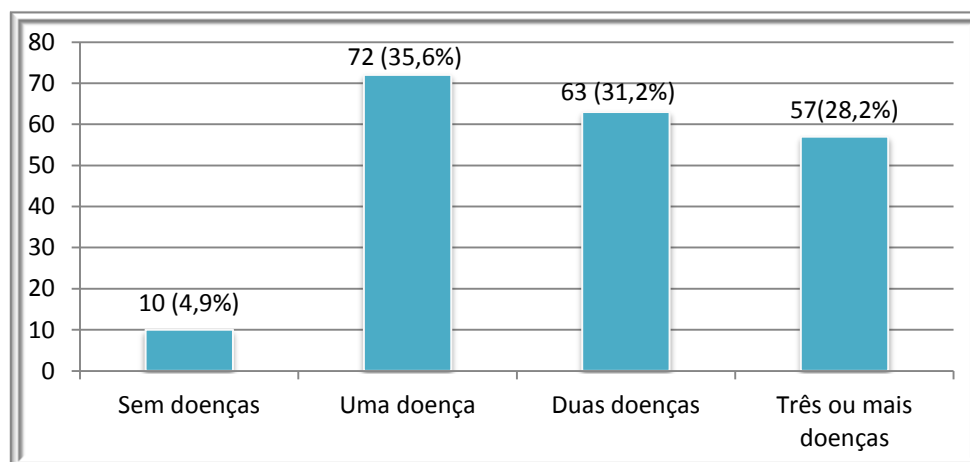


Figura 9. Número de doenças

Objetivo 4 - Caracterizar a medicação habitual na amostra de idosos e identificar as situações de polimedicação

Em concordância com os resultados anteriores, e no que diz respeito à medicação, observou-se que a grande maioria dos idosos (n=190; 94,1%) toma medicação regular (Figura 10).

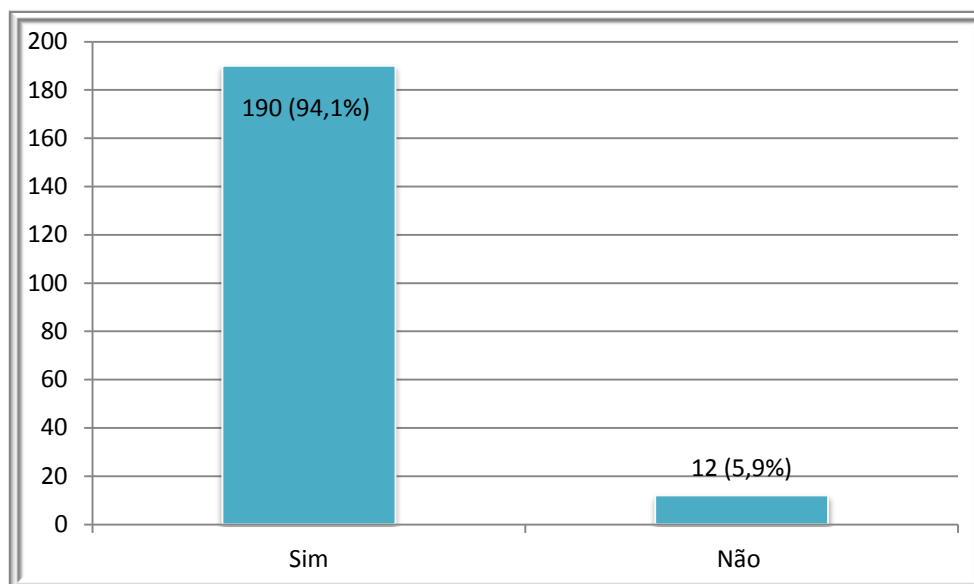


Figura 10. Medicação regular

Procurou-se de seguida identificar o tipo de medicamentos habitualmente mais ingeridos. Sendo a Hipertensão Arterial a doença mais prevalente, também os medicamentos mais ingeridos são os hipotensores (n=133; 65,8%), seguidos da toma de ansiolíticos (n=32; 15,8%) (Quadro 15). Observa-se ainda que 5 dos idosos inquiridos (2,5%) não sabe quais os medicamentos que habitualmente faz.

Quadro 15

Medicação habitualmente ingerida na amostra estudada

Tipo de medicação	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Anti-arrítmicos	5	2,5	192	95,0
Insulina	7	3,5	190	94,1
Estatinas	5	2,5	192	95,0
Anti-diabéticos orais	24	11,9	173	85,6
Protetor gástrico	22	10,9	175	86,6
Hipotensor	133	65,8	64	31,7
Diurético	28	13,9	169	83,7
Hipocoagulante	17	8,4	180	89,1
Ansiolítico	32	15,8	165	81,7
Antidepressivo	7	3,5	190	94,1
Antipsicótico	9	4,5	188	93,1
Broncodilatador	15	7,4	182	90,1
Analgésico	19	9,4	178	88,1
Bifosfonatos	2	1,0	195	96,5
Digitálicos	23	11,4	174	86,1
Antieméticos	9	4,5	188	93,1
Antiagregante	1	0,5	196	97,0
Inibidores de colinesterase	2	1,0	195	96,5
Antiepiléptico	1	0,5	196	97,0
Bloqueador Beta	1	0,5	196	97,0
Tratamento prostático	1	0,5	196	97,0

No que diz respeito ao número de medicamentos tomados pelos idosos, verificou-se uma média de $4,02 \pm 2,859$ medicamentos por dia, (mínimo: 1 medicamento; máximo: 14 medicamentos). Os dados expressos na Figura 11, evidenciam que existem 60 idosos polimedicados, isto é, que fazem 5 ou mais medicamentos por dia. Refira-se, no entanto, a maior prevalência de idosos que fazem 4 ou menos medicamentos diários.

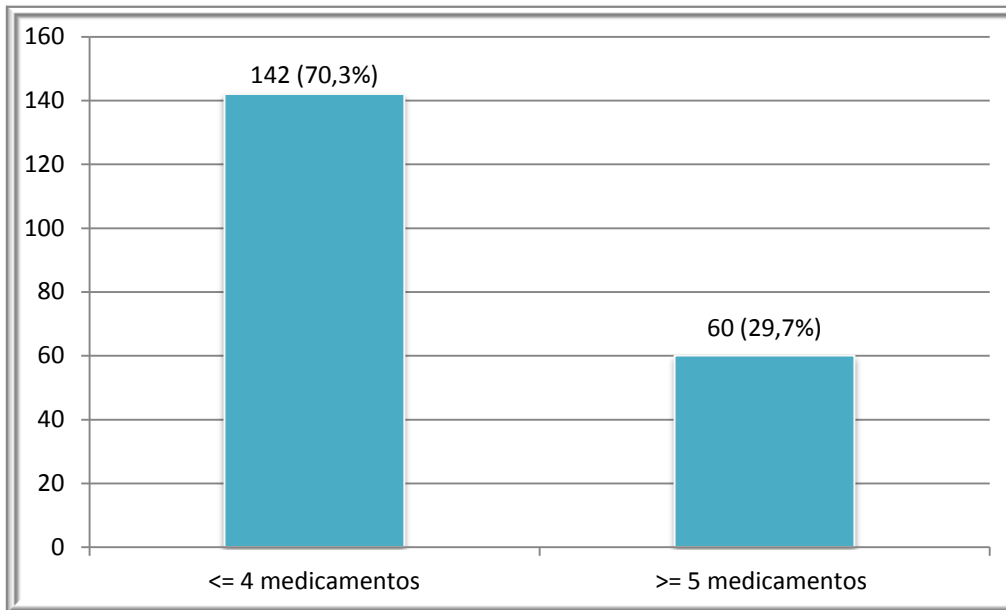


Figura 11. Número de medicamentos diários

Ainda no que à medicação diz respeito, os idosos estudados foram questionados se antes do episódio da queda tinha havido alguma alteração na sua medicação. Os dados da Figura 12 indicam a existência de 17 idosos (8,4%) que tinham sofrido alterações na sua medicação, registrando-se no entanto a grande maioria de idosos sem alterações na medicação antes de terem sofrido a queda (n= 185; 91,6%).

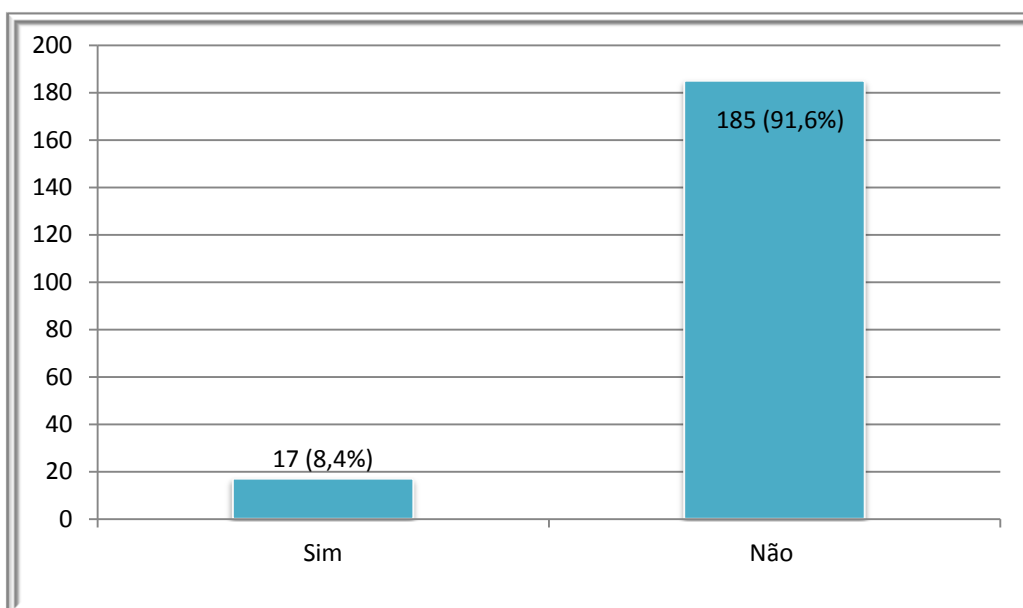


Figura 12. Alteração na medicação antes do episódio de queda

Objetivo 5 - Analisar o impacto da queda ao nível das ABVD dos idosos

A análise do Quadro 16 permite verificar que a maioria dos idosos estudados mantém a independência nas ABVD estudadas após o evento da queda, à exceção da utilização da casa de banho. No entanto, a análise do mesmo quadro permite verificar um aumento das proporções de idosos com necessidade de alguma ajuda e dependentes nas AVBD estudadas, após a queda.

Quadro 16

Atividades básicas de vida diária, antes e após a queda

ABVD	Antes		Depois	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Banho				
Independente	139	68,8	76	37,6
Independente, com alguma ajuda	44	21,8	64	31,7
Dependente	19	9,4	62	30,7
Vestir				
Independente	139	68,8	85	42,1
Independente, com alguma ajuda	31	15,3	41	20,3
Dependente	32	15,8	76	37,6
Ir à casa de banho				
Independente	149	73,8	91	45,0
Independente, com alguma ajuda	52	25,7	104	51,5
Dependente	1	,5	7	3,5
Transferência				
Independente	167	82,7	101	50,0
Independente, com alguma ajuda	35	17,3	97	48,0
Dependente	-	-	4	2,0
Continência				
Independente	149	73,8	141	69,8
Independente, com alguma ajuda	27	13,4	31	15,3
Dependente	26	12,9	30	14,9
Alimentação				
Independente	167	82,7	135	66,8
Independente, com alguma ajuda	24	11,9	49	24,3
Dependente	11	5,4	18	8,9

Em seguida, procurou-se analisar a existência de diferenças na capacidade de satisfação das ABVD antes e após o evento de queda. No Quadro 17 estão expressas as médias obtidas pelos participantes e, pela sua análise é possível verificar que os idosos, após a queda, tornaram-se significativamente mais dependentes ao nível do banho ($t=-10,884$;

$p < 0,001$), do vestir ($t = -9,387$; $p < 0,001$), do ir à casa de banho ($t = -9,241$; $p < 0,001$), da transferência ($t = -9,900$; $p < 0,001$), da continência ($t = -3,062$; $p = 0,003$), da alimentação ($t = -6,192$; $p < 0,001$), bem como no total de dependência ($t = -10,830$; $p < 0,001$).

Quadro 17

Diferenças de médias nas atividades básicas de vida diária, antes e após a queda

Variável	Antes		Depois		<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{X}	<i>DP</i>	\bar{X}	<i>DP</i>		
Banho	1,41	0,657	1,93	0,826	-10,884	<0,001
Vestir	1,47	0,754	1,96	0,894	-9,387	<0,001
Ir à casa de banho	1,27	0,455	1,58	0,560	-9,241	<0,001
Transferência	1,17	0,379	1,52	0,539	-9,900	<0,001
Continência	1,39	0,706	1,45	0,740	-3,062	<0,003
Alimentação	1,23	0,535	1,42	0,651	-6,192	<0,001
Total de dependência	7,94	3,131	9,86	3,608	-10,830	<0,001

5.1. Discussão dos Resultados

Os resultados apresentados serão agora discutidos à luz da revisão bibliográfica realizada, seguindo-se, para o efeito, os objetivos inicialmente formulados.

Objetivo 1 - Calcular a incidência de quedas em pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos atendidas no SU da ULSNE no primeiro semestre de 2016 (fase 1)

Os resultados obtidos mostraram que, no total de idosos atendidos no serviço de urgência da unidade hospitalar de Bragança da ULSNE se registou uma incidência de 11,94% de quedas nos idosos no primeiro semestre de 2016, significando que 12 em cada 100 idosos atendidos no referido período de tempo sofreram uma queda, resultados concordantes com as estimativas fornecidas pela OMS/WHO (2007), que sugerem taxas de incidência de quedas de idosos que oscilam entre os 6% e os 34%. Contrariamente, os valores de incidência agora encontrados revelam-se inferiores aos obtidos por Reyes-Ortiz et al. (2005), que no estudo que desenvolveram junto de 9 765 idosos encontraram

valores de incidência situados entre os 24,1% e os 34% e aos decorrentes do estudo de Pereira et al. (2011), cuja taxa média de incidência foi de 75%.

Apesar disso, estes resultados sublinham que as quedas se encontram presentes com o avançar da idade, configurando-se, portanto, esta síndrome geriátrica num problema de saúde pública que requer uma intervenção adequada e ajustada às necessidades e idiosincrasias das populações idosas (Buksman et al., 2008; Nascimento et al., 2009).

Objetivo 2 - Caracterizar o evento de queda na amostra de idosos estudada

Relativamente ao segundo objetivo os principais resultados mostraram que grande parte dos idosos caiu no domicílio (40,1%), maioritariamente, na casa de banho (15,8%) e no quarto (12,9%), havendo uma maior prevalência de quedas por volta das 10:00 da manhã (19,8%).

As quedas no domicílio são relatadas por grande parte dos estudos com idosos (Gonçalves, 2013; Pereira et al., 2011; Prior, 2015; Santos, 2012; Silva et al., 2014), nomeadamente na casa de banho (Gonçalves, 2013; Santos, 2012; Silva et al., 2014) e no quarto (Gonçalves, 2013; Santos, 2012).

Apesar de existirem estudos que mostram que há uma maior prevalência de quedas nos idosos no período de manhã (Prior, 2015; Silva et al., 2014), outros têm sugerido uma maior prevalência em diferentes períodos do dia, nomeadamente de tarde, manhã e noite (Pereira et al. 2011), acabando por corroborar os resultados obtidos no presente estudo.

Na verdade, a ocorrência de quedas encontra-se associada a múltiplos fatores, sendo que os agentes associados ao ambiente físico representam entre 30% a 50% das causas mais comuns observadas (OMS/WHO, 2007). A ausência de barras de apoio nas casas de banho, bem como as condições físicas dos quartos em particular, e das habitações em geral, como a existência de superfícies irregulares, fraca iluminação, piso escorregadio, obstáculos no chão, entre outros (Buksman et al., 2008; Eliopoulos, 2005; Pinho et al., 2012; Rubenstein et al., 2000), assumem-se como fatores extrínsecos potenciadores das quedas em idosos.

Tal como asseguram Studenski e Wolter (2002), cerca de metade das quedas nos idosos ocorre em meios fechados e em ambientes nos quais os idosos passam grande parte do

seu tempo, pelo que estes constituem-se num risco particularmente elevado e potenciador de quedas nestas populações.

Os resultados mostraram ainda que 56,9% dos idosos referiu ter sofrido uma queda anterior, sugerindo que há uma reincidência de quedas nos idosos, resultados corroborados por diversos autores (Carter et al., 2001; Latash, 2008; Menezes & Bachion, 2008; Menz et al., 2003; Newton, 2001; OMS/WHO, 2007; Perracini & Ramos, 2002; Prior, 2014; Rogers et al., 2003; Sethi et al., 2006).

De facto, a recorrência das quedas nos idosos pode expressar a presença de fatores etiológicos intrínsecos, como doenças crónicas, perturbações ao nível do equilíbrio corporal, défices sensoriais e cognitivos, entre outras causas (Perracini, & Ramos, 2002), sendo que estas aumentam no grupo de idosos com mais de 70 anos de idade (OMS/WHO, 2007).

Os resultados mostraram ainda que 45,5% dos idosos do presente estudo apresentou fratura após o episódio de queda, corroborando os resultados dos estudos que têm sugerido a presença de fraturas decorrentes de quedas nesta população, como principal consequência (Iglesias et al., 2009; Palma, 2012; Pereira et al., 2011; Santos, 2012).

Os dados mostraram igualmente que as quedas ocorridas nos idosos do presente estudo deveram-se, na sua maioria, à existência de obstáculos (55%), sendo que 29,7% dos idosos caiu devido ao "desequilíbrio" na realização de movimentos associados ao deambular (28,2%). Estes dados evidenciam a multicausalidade que se encontra associada às quedas dos idosos, bem como à multiplicidade de fatores que a podem potenciar. Assim, os idosos encontram-se expostos a um conjunto de fatores de risco, que podem associar-se a um conjunto de atividades que realizam e que aumentam a exposição ao risco de quedas (Gregg et al., 2000). A estes fatores, associam-se ainda os fatores intrínsecos e extrínsecos (Celich et al., 2010; Corsinovi et al., 2009; Ganz et al., 2007; Gillespie et al., 2012; Hamra et al., 2007; Milat et al., 2011; OMS/WHO, 2007; Perracini & Ramos, 2002; Siqueira et al., 2011; Skelton & Todd, 2004; Tanaka et al., 2012).

Apesar de no estudo de Pereira et al. (2011) mais de dois terços das quedas se terem registado em locais sem obstáculos, sugerindo a presença de causas intrínsecas potenciadoras da queda, outros estudos mostram que as quedas decorrem da presença de

obstáculo e da dificuldade do idoso em manter o seu equilíbrio (Gonçalves, 2013; Machado, 2013; Pascoal, 2011; Santos, 2012).

De facto, como anteriormente se assinalou, o idoso apresenta uma instabilidade postural, devido, essencialmente, à perda da força muscular, a alterações esqueléticas, à redução funcional dos sistemas neurológicos adaptativos e ao aumento do balanço postural, o que coadjuvado com problemas de saúde, polimedicação e outros fatores, poderão comprometer o seu equilíbrio nas funções básicas de deambular (Carter et al., 2001; Latash, 2008; Menezes & Bachion, 2008; Menz et al., 2003; Newton, 2001; Perracini & Ramos, 2002; Rogers et al., 2003; Santos, 2013; Shumway-Cook & Woollacott, 2001; Spirduso et al., 2005).

Ainda no que toca ao segundo objetivo, verificou-se que grande parte dos idosos do presente estudo não usa óculos (56,4%) nem aparelho auditivo (78,7%), sendo que aqueles que os utilizam tinham-nos colocado no momento da queda. De facto, estudos têm mostrado que as quedas nos idosos são mais prevalentes no seio daqueles que possuem uma diminuição da sua acuidade visual e auditiva (Pascoal, 2012), sendo que são os idosos do meio rural os que percecionam essa acuidade como sendo mais deficitária (Machado, 2013).

Por último, os resultados associados ao tipo de calçado na altura da queda mostraram que 33,2% dos idosos usava "chinelos" e, maioritariamente, com sola de borracha (55%), corroborando os diversos estudos que têm assinalado o tipo de calçado como um fator de risco de queda nesta população (Pereira et al., 2011; Santos, 2012).

Objetivo 3 - Identificar as patologias mais prevalentes na amostra dos idosos estudados

No que ao terceiro objetivo diz respeito, os resultados evidenciam que a hipertensão constitui a doença mais prevalente na presente amostra (66,3%), seguida da diabetes e doença cardiovascular (16,8%), patologia osteoarticular (14,9%) e dislipidemia/colesterolemia (14,4%). Denota-se que 35,6% dos idosos apresenta uma doença, enquanto 31,2% duas doenças.

Estes dados são congruentes com os estudos que mostram um declínio na saúde dos idosos (Bergman et al., 2007; Gómez Ayala, 2005; Linck & Crossetti, 2011; Moraes et al., 2010; Sousa et al., 2010), nomeadamente na apresentação de problemas de hipertensão arterial (Pereira et al., 2011). São igualmente congruentes com os dados decorrentes dos registos nos cuidados de saúde primários de 2015 que colocam a hipertensão como principal problema de saúde da região do Nordeste, seguindo-se as alterações do metabolismo dos lípidos e a diabetes (Neto et al., 2015).

A imobilidade que ocorre com o avançar da idade reforça o aumento da pressão sanguínea, acarretando problemas ao nível da hipertensão, do colesterol e dos triglicéridos (Daley & Spinks, 2000; Spirduso et al., 2005), com impacto ao nível da estabilidade postural e coordenação motora, bem como na força muscular e estabilidade, potenciando o risco de quedas (Rubenstein et al., 2000).

Objetivo 4 - Caracterizar a medicação habitual na amostra de idosos e identificar as situações de polimedicação

No tocante ao quarto objetivo os principais resultados mostraram que 94,1% dos idosos toma medicação regular, 65,8% toma hipotensores, havendo uma prevalência superior daqueles que tomam até quatro medicamentos por dia (70%). Os dados mostraram também que antes do episódio de queda 91,6% dos idosos não tinha tido qualquer alteração da sua medicação regular. Estes resultados são congruentes com os diversos estudos que têm assinalado uma polimedicação no seio dos idosos, fator este que se associada diretamente com a ocorrência de quedas (Gonçalves, 2013; Machado, 2013; Palma, 2012; Pascoal, 2011; Pereira et al., 2011).

Diversos medicamentos como os diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos, encontram-se relacionados à diminuição das funções motoras, podendo causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural, encontrando-se associados às quedas nos idosos (Menezes & Bachion, 2008; Pereira, 2011; Prior, 2015; Rodrigues, 2012; Rogers et al., 2003; Santos, 2013; Skelton & Todd, 2004).

Objetivo 5 - Analisar o impacto da queda ao nível das ABVD dos idosos

Relativamente ao quinto objetivo os principais resultados obtidos através das análises inferenciais mostraram que, após o evento de queda, os idosos reconheceram um comprometimento significativamente mais elevado em todas as ABVD analisadas (banho, vestir, ir à casa de banho, transferência, continência, alimentação e total de dependência).

Os dados agora obtidos ao nível do impacto da queda nas ABVD do idoso encontram-se igualmente alinhados com os resultados obtidos no estudo de Palma (2011), que constatou que a maioria dos idosos do seu estudo era independente nas ABVD antes da queda, tendo-se tornado mais dependentes, após a ocorrência de queda.

Estes dados espelham, portanto, o impacto das quedas nos idosos nas ABVD, tal como diversos autores têm sustentado (e.g., Silva et al., 2014). A questão da funcionalidade no idoso é particularmente importante, pois a ela se encontra associado uma maior independência e autonomia (Phelan & Larson, 2002) e, conseqüentemente uma maior QdV, participação social ativa, satisfação com a vida, longevidade, adaptação positiva, entre outros.

Como se referiu anteriormente, o envelhecimento encontra-se associado à autonomia, que é vista como a capacidade para gerir a própria vida e cuidar de si mesmo (Meireles et al., 2010; Moraes et al. 2010). Quando esta se encontra comprometida, é natural que o idoso se sinta mais limitado nas suas tarefas, apresente mais preocupações relativamente à sua saúde e, conseqüentemente, um maior receio de voltar novamente a cair (Moraes et al., 2010; Moraes, 2012).

Considerações Finais

Esta investigação teve como principal objetivo analisar a incidência das quedas em idosos atendidos no SU da ULSNE, no primeiro semestre de 2016, bem como identificar as principais causas e sequelas a elas associadas.

Os principais resultados obtidos podem ser resumidos da seguinte forma:

- Foi encontrada uma taxa de incidência de quedas nos idosos de cerca de 12%.
- A queda ocorreu, na sua maioria, no domicílio, nomeadamente na casa de banho e no quarto, havendo maior prevalência das quedas da parte da manhã (10:00). Mais de metade dos idosos referiu ter sofrido uma queda anterior, sugerindo uma reincidência das quedas nesta população. Há uma presença elevada de fraturas após o episódio de queda. A maioria das quedas ocorreu pela presença de obstáculo e, também a maioria dos idosos usava chinelos com sola de borracha na altura da queda.
- A hipertensão é a doença mais prevalente na amostra de idosos, seguido da diabetes, doença cardiovascular, patologia osteoarticular e dislipidemia/colesterolemia.
- Uma maioria de idosos toma medicação regular, nomeadamente hipertensores, havendo uma prevalência superior daqueles que tomam até quatro medicamentos por dia.
- Houve um comprometimento significativamente mais elevado em todas as ABVD analisadas, após o episódio de queda.

Estes resultados apontam, pelo menos, para três considerações que consideramos importantes. A primeira para o facto de as quedas serem uma realidade com o avançar da idade, assumindo-se como um problema de saúde pública que requer uma intervenção adequada às necessidades e características desta população. A segunda, reflete a ideia de que as causas das quedas são multifatoriais, envolvendo aspetos intrínsecos (e.g., orientação, equilíbrio) e extrínsecos (e.g., presença de obstáculos) aos idosos, incluindo-se nesta equação a presença de doenças crónicas e a polimedicação, como fatores coadjuvantes. A terceira consideração remete para o impacto das quedas nas ABVD dos idosos.

De facto, as quedas em idosos assumem-se como um desafio ao envelhecimento populacional, podendo ser prevenidas através da informação/educação que se torna necessária e urgente junto destas populações, dos seus familiares, cuidadores e comunidade em geral. A intervenção nas quedas em idosos é reconhecida como prioritária, devendo sempre integrar ações de natureza remediativa mas, acima de tudo, de natureza preventiva.

Atendendo a que as causas das quedas em idosos ocorrem de uma confluência de fatores intrínsecos e extrínsecos, a educação e a informação assumem-se como pilares fundamentais da mudança, da prevenção e da promoção de uma melhor saúde junto desta população. Neste prisma de análise apresentamos um Projeto de Intervenção nas quedas em idosos (Anexo E), que pretende potenciar a capacitação de todos (idosos, familiares, cuidadores e comunidade em geral) na identificação dos principais fatores de risco associados, de modo a prevenir estes acidentes.

No mesmo sentido, não podemos negligenciar os resultados obtidos que apontaram para o impacto das quedas nas ABVD dos idosos, comprometendo a sua funcionalidade global diária, que deve assumir-se como pedra basilar de um processo de envelhecimento salutar e bem-sucedido. De facto, tendo as quedas um impacto limitante nas ABVD dos idosos e, podendo aquelas ser prevenidas, encontram-se reunidas as condições necessárias para uma intervenção comunitária que promova uma melhor saúde, bem-estar e QdV destas populações, no reforço da sua autonomia e independência.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pelas competências que detém ao nível da prestação de cuidados à comunidade, assume-se como o profissional de excelência para promover e desenvolver programas de prevenção inseridos nos cuidados prestados ao idoso. No entanto, e considerando os múltiplos fatores associados às quedas no idoso, é importante que este profissional articule a sua ação com outros profissionais de saúde, comprometendo-os igualmente na redução dos fatores de risco associados às quedas, bem como na necessidade da sua prevenção.

Apesar de estas considerações sublinharem os pontos positivos decorrentes dos resultados obtidos na presente investigação, não poderíamos deixar de refletir sobre os principais constrangimentos sentidos no decurso da investigação.

Uma das principais dificuldades sentidas prende-se com o instrumento de recolha de dados que se afigurou um pouco extenso para a população. Com determinados idosos foi necessário reformular algumas das questões para as tornar mais claras e rapidamente compreensíveis, com outros foi necessário fazerem-se pausas e introduzir outras estratégias comunicacionais para atenuar a cadência das questões.

Para além destas dificuldades, outras foram encontradas nomeadamente ao nível dos registos inicialmente fornecidos, em que se verificaram dados omissos que inviabilizaram a sua integração na amostra final do presente estudo.

Um outro aspeto que nos parece relevante mencionar prende-se com a ausência de estudos sobre esta temática na ULSNE, o que condicionou a comparação dos resultados obtidos com realidades similares.

Estes constrangimentos foram assumidos, no entanto, como desafios transponíveis e servem agora de ponto de partida para fornecer sugestões de investigações futuras. Assim, seria importante a realização de futuros estudos em utentes do distrito de Bragança que recorrem a outras unidades hospitalares, com o intuito de aprofundar o conhecimento da realidade das quedas na população idosa desta região, permitindo a construção e desenvolvimento de programas de intervenção comunitária transversais e articulados entre si. Outros estudos deveriam procurar identificar os diversos fatores de risco a que a população desta área geográfica se encontra exposta, como ponto de partida para a implementação de medidas de prevenção ajustadas à realidade e fazendo decair novos episódios de queda e/ou reincidências.

Atendendo às considerações que agora tecemos, não poderíamos deixar de sublinhar que o presente trabalho foi muito enriquecedor profissionalmente, pois ampliou a nossa compreensão relativamente às quedas e ao seu impacto na funcionalidade global dos idosos. Por conseguinte, consideramos que esta investigação não deve ser assumida como um ponto de chegada mas sim de partida, pois tal como Albert Einstein referiu: *uma mente que se abre a uma nova ideia, jamais regressa ao seu tamanho original.*

Referências Bibliográficas

- Abreu, H., Reiners, A., Azevedo, R., Silva, A., & Abreu, D. (2014). Incontinência urinária na predição de quedas em idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 851-856. doi: 10.1590/S0080-623420140000500011
- Al-Ama, T. (2011). Falls in the elderly: Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*, 57, 771-776.
- American Geriatrics Society/British Geriatrics Society [AGS/BGS]. (2010). Summary of the updated AGS&BGS clinical practice guideline for prevention of falls in older persons developed by the Panel on Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatric Society*, 59(1); 148-157. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Consultado em 27 de junho de 2016, Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Avin, K., Hanke, T., Kirk-Sanchez, N., McDonough, C., Shubert, T., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of falls in community-dwelling older adults: Clinical guidance statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Physical Therapy*, 95(6), 815-834.
- Barbosa, A., & Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Atas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Psicologia da Saúde nas Doenças Crônicas* (pp. 149-156). Lisboa: ISPA.
- Bergman, H., Ferruci, L., Guralnik, J., Hogan, D., Hummel, S., Karunanathan, S., ... & Wolfson, C. (2007). Frailty: An emerging research and clinical paradigm - issues and controversies. *Journal of Gerontology*, 62(7), 731-737.
- Blazer, K., Bremer, M., Schramm, S., Lühmann, D., & Raspe, H. (2012). Falls prevention for the elderly. *GMS Health Technology Assessment*, 8, 1-18. doi: 10.3205/hta000099

- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. (2011). The social determinants of health: Coming of age. *Annual Review of Public Health, 32*(1), 381-398. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218.
- Brucki, S. (2004). Envelhecimento e memória. In V. Andrade, F. Santos, & O. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia hoje* (pp. 389-402). São Paulo: Artes Médicas.
- Buksman, S., Vilela, A., Pereira, S., Lino, V., & Santos, V. (2008). *Quedas em idosos: Prevenção*. Consultado em 10 de maio de 2016, Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
- Câmara Municipal de Bragança (2015). *Edital n.º 48/2015*. Consultado em 12 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.cm-braganca.pt/uploads/writer_file/document/3742/ARU_-_Cantarias.pdf
- Carter, N., Kannus, P., & Karim, K. (2001). Exercise in the prevention of falls in older people. *Sports Medicine, 31*, 427-438.
- Carvalho Filho, E. (2005). Fisiologia do envelhecimento. In Papaléo Neto (Org.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em sua visão globalizada* (pp. 60-70). São Paulo: Atheneu.
- Celich, K., Souza, S., Zeneviz, L., & Orso, Z. (2010). Fatores que predisõem às quedas em idosos. *Passo Fundo, 7*(3), 419-426.
- Chen, X., Liu, Y., Chan, D., Shen, Q., & Van Nguyen, H. (2010). Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: A retrospective. *Chinese Medical Journal, 123*(13), 1668-1672.
- Coberley, C., Rula, E., & Pope, J. (2011). Effectiveness of health and wellness initiatives for seniors. *Population Health Management, 14*(S1), S45-S50. doi: 10.1089/pop.2010.0072
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2*, 75-82.
- Corsinovi, L., Bo, M., Ricauda Aimonio, N., Marinello, R., Gariglio, F., Marchetto, C., ... & Molaschi, M. (2009). Predictors of falls and hospitalization outcomes in

elderly patients admitted to an acute geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 142-145. doi:10.1016/j.archger.2008.06.004

Dacey, J., & Travers, J. (2002). *Human development across the lifespan* (5th ed.). Boston: McGraw Hill.

Daley, M., & Spinks, W. (2000). Exercise, mobility and aging. *Sports Medicine*, 29, 1-12.

Day, L., Fildes, B., Gordon, I., Fitzharris, M., Flamer, H., & Lord, S. (2002). Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *British Medical Journal*, 325, 128. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7356.128>

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2001). *Guias de educação e promoção da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas*. Consultado em 14 de maio de 2016. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>

Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(2), 317-325. doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021

Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica* (5^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Fernandes, M. (2005). *Dar vida aos anos... Envelhecendo. Uma análise sócio organizacional de um lar de idosos*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Cambridge: Hogrefe & Huber Publisher.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados a familiares ao idoso dependente* (1^a ed.). Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA]. (2012). *Envelhecimento no século XXI: Celebração e Desafio*. Consultado em 10 de maio de 2016, Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Ganz, D., Bao, Y, Shekelle, P., & Rubenstein, L. (2007). Will my patient fall? *Journal of the American Medical Association*, 297, 77-86. doi: 10.1001/jama.297.1.77
- Gillespie, L., Robertson, M., Gillespie, W., Lamb, S., Cumming, R., & Rowe, B. (2012). *Interventions for preventing falls in older people living in the community (review)*. Consultado em 26 de outubro de 2016, Disponível em: <http://www.bhffactive.org.uk/userfiles/Documents/Cochranereviewfalls.pdf>
- Gomes, M., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 163-173). Viseu: Psicosoma.
- Gómez Ayala, A. (2005). Grandes síndromes geriátricas. *Farmácia Profissional*, 19(6), 70-74.
- Gonçalves, F. (2013). *Risco de queda dos idosos no domicílio*. Dissertação de Mestrado. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.
- Green, J. (2000). *Neuropsychological evaluation of the older adult: A clinician's guidebook*. San Diego: Academic Press.
- Gregg, E., Pereira, M., & Caspersen, C. (2000). Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of American Geriatric Society*, 48(8), 883-893.
- Guedes, M., Reges, A., Morais, R., Santos, L., & Almeida, J. (2015). Comunicação como instrumento facilitador da prevenção de quedas em idosos: Relato de experiência. *Anais do Congresso Internacional do Envelhecimento Humano*, 1(2), 1-6.

- Hamra A., Ribeiro M., & Miguel O. (2007). Correlação entre fratura por queda em idosos e uso prévio de medicamentos. *Acta Ortopédica Brasileira*, 15(3), 143-145.
- Härlein, J., Dassen, T., Halfens, R., & Heinze, C. (2009). Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 922-933. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04950.x
- Hernandez, M., Egea, M., & Ballesteros, E. (2004) *Enfermería geriátrica* (2ª ed.). Barcelona: Manuales de Enfermería.
- Howe, T., Rochester, L., Neil, F., Skelton, D., & Ballinger, C. (2012). *Exercise for improving balance in older people (review)*. Consultado em 26 de outubro de 2016, Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51788675_Exercise_for_improving_balance_in_older_people
- Iglesias, C., Manca, A., & Torgerson, D. (2009). The health-related quality of life and cost implications of falls in elderly women. *Osteoporosis International*, 20(6), 869- 878. doi.org/10.1007/s00198-008-0753-5.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Consultado em 10 de maio de 2016, Disponível em: www.ine.pt
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 129-147). Viseu: Psicosoma.
- Lage, I. (2005). Saúde do idoso. Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing*, 95, 6-12.
- Lana, L., & Schneider, R. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: Uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 673-680. doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162

- Latash, M. (2008). *Neurophysiological basis of movement*. United States of America: Human Kinetics.
- Leme, L. (2000). A interprofissionalidade e o contexto familiar. In Y. Duarte, & M. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (pp. 117-143). São Paulo: Atheneu.
- Lezak, M., Howieson, D., & Loring, D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4rd ed). New York: Oxford University Press.
- Lima-Costa, M., & Barreto, S. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189 - 201.
- Lima-Costa, M., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 700-701. doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001
- Linck, C., & Crossetti, M. (2011). Fragilidade no idoso: O que vem sendo produzido pela enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 385-393. doi.org/10.1590/S1983-14472011000200024
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: Dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina.
- Machado, T. (2013). *Fatores associados a quedas em idosos institucionalizados de meio urbano e rural*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marchand, H. (2005). *A idade da sabedoria*. Porto: Editora Âmbar.
- Marra, T., Pereira, L., Faria, C., Pereira, D., Martins, M., & Tirado, M. (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 267-273. doi.org/10.1590/S1413-35552007000400005

- Mata, A., & Rodriguez, T. (2012). Autoeficácia do cuidador informal de idosos. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 189-204). Viseu: Psicossoma.
- Mata, A., Fernandes, A., Anes, E., Brás, M., & Pimentel, H. (2014). Risco de queda em idosos não institucionalizados do distrito de Bragança. In A. Lobo, A. Mártires, A. Carvalho, C. Antunes, H. Penaforte, M. J. Monteiro, & V. Rodrigues (Coord.), *Novos olhares na saúde* (pp. 149-156). Chaves: Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado.
- Meireles, A., Pereira, L., Oliveira, T., Christofolletti, G., & Fonseca, A. (2010). Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Revista de Neurociências*, 18(1), 103-108.
- Menezes, R., & Bachion, M. (2008). Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciências da Saúde Coletiva*, 13, 1209-18.
- Menz, H., Lord, R., & Fitzpatrick, R. (2003). Age-related differences in walking stability. *Age and Ageing*, 32, 137-142
- Milat, A., Watson, W., Monger, C., Barr, M., Giffin, M., & Reid, M. (2011). Prevalence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people: Results of the 2009 NSW Falls Prevention Baseline Survey. *NSW Public Health Bulletin*, 22(3-4), 43-48.
- Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Moraes, E., Marino, M., & Santos, R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 54-66.
- Mota Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Muir, S., Gopaul, K., & Montero Odasso, M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*, 41(3), 299-308. doi: 10.1093/ageing/afs012

- Nascimento, B., Duarte, B., Antonini, D., & Borges, S. (2009). Risco para quedas em idosos da comunidade: Relação entre tendência referida e suscetibilidade para quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 7, 95-99.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspetivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papyrus Editora.
- Neto, M., Pimentel, J., Tavares, A., Araújo, F., & Guerreiro, A. (2015). *Perfil local de saúde 2015 - ULS Nordeste*. Consultado em 02 de abril de 2017, Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS2015_A22_Nordeste.htm
- Newton, R. (2001). Validity of the multi-directional reach test a practical measure for limits of stability in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, 248-252.
- Oliveira, B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Conselho de enfermagem. Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual/enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Palma, C. (2012). *Quedas nos idosos: Do risco à prevenção*. Dissertação de Mestrado. Beja: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja.
- Palma, R. (2011). *A queda e a capacidade funcional do idoso*. Dissertação de Mestrado. Faro: Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.
- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Pascoal, C. (2011). *Quedas na população idosa: Definição de um perfil de risco. Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Peel, N., McClure, R., & Bartlett, H. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304.
- Pereira, C. (2011). *Risk of falls, fear of falling, and loss of autonomy on old women: Impact of physical activity and fitness in the performance of activities of daily living*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Pereira, F. (2012). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 119-128). Viseu: Psicossoma.
- Pereira, F., Miguel, T., & Fernandes, A. (2011). *Fatores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados*. Consultado em 12 de maio de 2016 em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3951/3/Artigo%20Quedas%20Vers%C3%A3o%20RTG4.pdf>
- Perracini, M., & Ramos, L. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 36, 709-16.
- Phelan, E., & Larson, E. (2002). Successful aging: Where next?. *Journal of American Geriatrics Society*, 50(7), 1306-1308.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família, contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinho, T., Silva, A., Tura, L., Moreira, M., Gurgel, S., Smith, A., & Bezerra, V. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em unidade básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 320-327.

- PORDATA (2016). *Índice de Envelhecimento na Europa*. Consultado em 12 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
- Prior, A. (2015). *O risco de quedas nos idosos do concelho de Proença à Nova*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011
- Reis, R., Cologna, A., Martins, A., Paschoalin, E., Tucci Jr., S., & Suaid, H. (2003). Incontinência no idoso. *Ata Cirúrgica Brasileira*, 18, 47-51.
- Reyes-Ortiz, C., Snih, S., & Markides, K. (2005). Falls among elderly persons in Latin América and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(5-6), 362-369.
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia*, 33-52.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento ativo. In O. Ribeiro, & C. Paúl (Coord.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp.1-12). Lisboa: Lidel.
- Rodrigues, J. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Rogers, M., Rogers, N., Takeshima, N. & Islam, M. (2003). Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. *Preventive Medicine*, 36, 255-264.
- Rubenstein, L., Josephson, K., Trueblood, P., Loy, S., Harker, J., Pietruszka, F., & Robbins, A. (2000). Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men. *The Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 55, 317-321.

- Saldanha, L., & Caldas, C. (2004). *Saúde no idoso: A arte de cuidar* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Interciência.
- Santos, A. (2012). *Quedas em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.
- Santos, A. (2013). *Alterações da aptidão física, composição corporal e medo de cair de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Serviço Nacional de Saúde (2016). *Unidade Local de Saúde do Nordeste*. Consultado em 12 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.ulsne.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Sethi, D., Racioppi, F., Baumgarten, I., & Vida, P. (2006). *Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done*. Consultado em 12 de maio de 2016, Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. (2001). *Motor control: Theory and practical applications*. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Silva, N., Teixeira, C., & Lobo, A. (2014). Relação entre nível de dependência e quedas nos idosos na unidade de cuidados continuados de Alijó. In A. Lobo, A. Mártires, A. Carvalho, C. Antunes, H. Penaforte, M. J. Monteiro, & V. Rodrigues (Coord.), *Novos olhares na saúde* (pp. 10-23). Chaves: Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado.
- Simões, A. (2002). Um novo olhar sobre os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36, 559-569.
- Siqueira, F., Facchini, L., Silveira, D., Piccini, R., Tomasi, E., Thumé, E., ... & Dilélio, A. (2011). Prevalence of falls in elderly in Brazil: A countrywide analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(9), 1819-1826.
- Skelton, D., & Todd, C. (2004). *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?* Consultado em 12 de maio

de 2016, Disponível em:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf

Sousa, R., Santana, R., Santo, F., Almeida, J., & Alves, L. (2010). Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: Associação com as síndromes geriátricas. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, 14(4), 732-741.

Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Spiriduso, W., Francis, K., & MacRae, P. (2005). *Physical dimensions of aging* (2nd ed.). Champaign: Human Kinetics Publishers.

Studenski, S., & Wolter, L. (2002). Instabilidade e quedas. In E. Duthie, & P. Katz (eds.), *Geriatrics prática* (3^a ed., pp. 193-200). Rio de Janeiro: Revinter.

Tanaka, B., Sakuma, M., Ohtani, M., Toshiro, J., Matsumura, T., & Marimoto, T. (2012). Incidence and risk factors of hospital falls on long-term care wards in Japan. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 572-577. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01629.x

Tavares, F. (2007). Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 185-200. doi.org/10.1590/S0100-55022007000200010

Vargas, H., Matsuo, T., & Blay, S. (2003). Diagnóstico de depressão no idoso. In M. Z. Brandão, F. Conte, F. Brandão, V. Ingberman, C. Moura, V. Silva, & S. Oliane (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Clínica, pesquisa e aplicação* (1^a ed., pp. 296-303). Santo André: Esetec Editores Associados.

World Health Organization (2002). *Active ageing. A policy framework*. Consultado em 12 de maio de 2016, Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Consultado em 12 de maio de 2016, Disponível em:
http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Anexos

**Anexo A - Solicitação de Autorização ao Conselho de Administração
da ULSNE**

Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Nordeste

Data: julho, 2016

Assunto: Trabalho de Investigação

Ilita Córdova Preto, enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Nordeste, e a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, pretende realizar um trabalho de Dissertação de Mestrado, subordinado ao tema: "**Quedas em Idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir**", tenho como orientadoras a Professora Doutora Augusta Mata e a Professora Doutora Adília Fernandes.

No sentido de viabilizar a referida investigação solicita a autorização para que lhe seja facultada a informação necessária para a realização do mesmo, relativa aos utentes que foram admitidos no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Nordeste por motivo de queda, no período compreendido entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2016.

No tratamento de dados será garantida a confidencialidade, anonimato e os princípios éticos da investigação clínica.

Anexa-se o projeto do estudo.

Ciente que será dada a atenção e colaboração solicitada, antecipadamente, agradece.

Pede deferimento

Ilita Córdova Preto

Anexo B - Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975, Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Tóquio 2004, Coreia,
2008, Fortaleza 2013)*

Designação do Estudo (em português):

Quedas em Idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir

Eu, abaixo-assinado, (nome completo)

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/2016

Assinatura do participante: _____

Anexo C - Autorização para a Recolha de Dados



Dono(a), Senhora(a)
Elita Carlota Preto
Rua Agostinho Lopes Coelho
Nº1 5º Esq.
5300-405 Bragança

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA

Sua Referência

Sua Comunicação de
Junho 2016

Nossa Referência

Data
12-07-2016

ASSUNTO: Trabalho de Investigação

Na sequência do pedido efetuado por V. Exª, para a realização de um trabalho de mestrado subordinado ao tema "Quedas em idosos: investigar para conhecer; conhecer para intervir", informo que segundo o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, o mesmo é autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação



Anexo D - Instrumento de Recolha de Dados

Estamos a realizar um estudo que se insere no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e gostaríamos de recolher informações sobre a queda ocorrida durante o primeiro semestre de 2016. Consideramos a sua ajuda preciosa e, como tal, gostaríamos que respondesse a todas as questões de forma sincera. Não existem respostas certas ou erradas e todas elas serão tratadas de forma confidencial e anónima.

PARTE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Local de Residência:

- Rural
- Urbano

4. Estado Civil:

- Casado/União de facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo/a
- Solteiro

5. Núcleo Familiar:

- Mora sozinho/a
- Mora acompanhado/a Com quem? _____

6. Nível de Escolaridade:

- Sem frequência no sistema ensino
- Primeiro ciclo (1º, 2º, 3º 4º ano)
- Segundo ciclo (5º e 6º ano)
- Terceiro ciclo (7º, 8º e 9º)
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

7. Tipo de Habitação

- Casa com escadas/degraus
- Casa sem escadas/degraus
- Apartamento com elevador
- Apartamento sem elevador

PARTE II - INFORMAÇÕES CLÍNICAS

1. Quais os problemas de saúde que tem?

2. Toma medicação regular? Sim Não

2.1. Qual medicação?

2.2. Quantos medicamentos toma por dia?

3. Se toma medicação, tinha havido alterações na medicação?

Sim

Não

4. Consome álcool?

Sim

Não

4.1. Se sim, diga com que frequência?

Apenas às refeições

Apenas fora das refeições

Às refeições e fora delas

4.2. Qual(ais) a(s) bebida(s) que toma com frequência

4.3. Qual a quantidade que ingere por dia?

PARTE III - CARATERIZAÇÃO DO EVENTO DE QUEDA

(Palma, 2010)

1. Local da Queda _____

2. Se ocorreu no domicílio, diga:

2.1. Em que divisão ocorreu a queda?

Corredor

Cozinha

Quarto

Casa de banho

Sala de estar

Outro Qual? _____

3. Horário da queda: _____(hora aproximada)

4. Caiu

Sozinho (sem obstáculos)

Por obstáculo

(tapete, chinelos, pedra, lombas na estrada, ou outro)

5. Já teve história de queda antes deste evento?

Sim

Não

5.1. Se sim, diga quantas vezes?

1 vez

2 vezes

3 vezes

4 ou mais vezes

5.2. Há quanto tempo caiu pela última vez? _____

5.3. Teve fraturas?

Sim

Não

6. Relativamente à queda que teve que ir à ULSNE, como foi a sua recuperação?

Muito boa

Boa

Nem boa nem má

Má

Muito má

7. O que sentiu antes da queda?

Desequilíbrio

Fraqueza muscular

Perda/dificuldade de audição ou visão

Sensação de desmaio

Tontura/vertigem

Escorregou

Outras: O quê? _____

8. Que movimentos estava a fazer no momento da queda ou que atividade estava a realizar?

9. Usa óculos?

Sim

Não

9.1. Se sim, tinha os óculos no momento da queda?

Sim

Não

10. Usa aparelho auditivo?

Sim

Não

10.1. Se sim, tinha-os no momento da queda?

Sim

Não

11. Que tipo de calçado tinha no momento da queda?

Sapato todo fechado

Sapato aberto no calcanhar

Chinelos

Descalço

Sapatos com atacadores

12. O seu calçado tinha?

Sola de borracha

Sola de pele

Sola de outro material

PARTE IV - ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS

(Apóstolo, 2012)

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica **antes e após a queda** que ocorreu no primeiro semestre de 2016.

	Antes	Depois
Banho - Higiene no leito, banheira ou chuveiro		
Não recebe assistência		
Recebe assistência apenas para uma parte do corpo		
Recebe assistência no banho em mais do que uma parte do corpo		
Vestir - retira roupa do armário e veste-se, incluindo roupas íntimas, externas, fechos e cintos		
Retira as roupas do armário e veste-se completamente sem assistência		
Retira as roupas do armário e veste-se sem assistência, exceto para apertar os sapatos		
Recebe assistência para retirar as roupas do armário ou para se vestir ou permanece parcial ou totalmente despido		
Ir à casa de banho - vai à casa de banho para urinar ou evacuar, higieniza-se e veste-se após as eliminações		
Vai à casa de banho, higieniza-se e veste-se após as eliminações sem assistência		
Recebe assistência para ir à casa de banho ou para se higienizar ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou arrastadeira à noite		
Não vai à casa de banho para urinar ou evacuar		
Transferência		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência		
Deita-se ou levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio		
Não sai da cama		
Continência		
Tem controlo sobre as funções urinar e evacuar		
Tem incontinência ocasional		
Necessita de supervisão para controlar a urina e fezes, utiliza sonda vesical ou é incontinente		
Alimentação		
Alimenta-se sem assistência		
Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou para barrar o pão		
Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda entérica ou parentérica		

Anexo E - Projeto de Intervenção

Projeto de Intervenção Comunitária

"Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir"



1. Âmbito

O Projeto de intervenção comunitária “*Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir*” visa promover uma melhor intervenção na prevenção de quedas em idosos, por forma a diminuir a sua incidência/prevalência, reduzir a exposição ao risco, com intuito de obter ganhos em saúde e potenciar a qualidade de vida (QdV) dos idosos.

Segundo os dados epidemiológicos mundiais só na UE ocorrem perto de 40 000 mortes/100 000 idosos devido a quedas (Sethi, Racioppi, Baumgarten, & Vida, 2006). O Relatório Global da Prevenção em Quedas em Idosos da Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization* (OMS/WHO, 2007) mostra que aproximadamente entre 28 a 35% das pessoas com mais de 65 anos cai em cada ano, aumentando esta percentagem para valores entre 32 a 42% no seio dos idosos com mais de 70 anos de idade. As consequências das quedas em idosos exigem uma intervenção de emergência, sendo que essa é mais prevalente na Austrália e no Reino Unido. Também se observa que 40% das quedas resulta em morte, nomeadamente nos Estados Unidos da América e Canadá. Os rácios das quedas fatais crescem exponencialmente com a idade em ambos os sexos, sendo muito elevados a partir dos 80 anos de idade.

A incidência das quedas parece variar em função dos países. Estudos da América Latina e Caribe mostram prevalências de quedas que variam entre 24,1% e 34% (Reyes-Ortiz,

Snih, & Markides; 2005); outros estudos referenciados pela OMS/WHO (2007) sugerem percentagens entre 6 e 31% na China, cerca de 20% no Japão, 21,6% em Barbados e 34% no Chile.

As quedas aumentam com o avançar da idade, assumindo-se num dos grandes problemas de saúde pública, dada a sua alta incidência, morbidade e custos em saúde e económicos decorrentes das consequências provocadas, de entre as quais se destacam fraturas, lesões, hematomas, medo de cair, redução da mobilidade, hospitalização, comprometimento ao nível das atividades básicas de vida diária (ABVD), entre outros (Nascimento, Duarte, Antonini, & Borges, 2009).

As quedas em idosos reclamam de uma intervenção multidisciplinar e transversal, pelo que o presente projeto contempla intervenções específicas no âmbito da prevenção das quedas em idosos, através de cuidados que devem ser tidos em consideração para diminuição dos riscos identificados.

2. Enquadramento

O envelhecimento populacional ocorre em todas as regiões do mundo e, em vários países com níveis de desenvolvimento diferentes, sendo a sua progressão mais acentuada nos países em desenvolvimento, pelo que dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 correspondem a países em desenvolvimento (Fundo de População das Nações Unidas, UNFPA, 2012).

Por conseguinte, o aumento da população idosa não decorre do aumento da duração média de vida, mas do desequilíbrio que se observa na base da pirâmide, que tem diminuído drasticamente devido aos novos valores familiares, tais como: controlo da natalidade, exigências do mundo do trabalho, casamento tardio, entre outros aspetos, que acabam por provocar um menor número de nascimentos e um maior número de óbitos (Figueiredo, 2007).

Dados sociodemográficos, apontam para o facto de em 1950 existirem 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, sendo que este número aumentou para quase 810 milhões no ano de 2012, projetando-se que esse valor alcance 1 bilião em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 biliões (UNFPA, 2012).

O cenário em Portugal não é uma exceção, pois tem-se verificado, ao longo dos tempos, um aumento da população na faixa etária superior a 65 anos de idade. No ano de 2014, o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) referiu que a população residente em Portugal era constituída por 20,3% de idosos, sendo que relativamente ao ano de 2013, Portugal apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas entre os 28 Estados-Membro da União Europeia.

Mais especificamente, os dados decorrentes de estudos realizados no concelho de Bragança, sublinharam algumas problemáticas específicas que exigem uma intervenção comunitária ajustada. Assim, o estudo de Pereira, Miguel e Fernandes (2011) que procurou identificar os fatores de quedas em idosos institucionalizados de longa duração, os riscos de queda e suas consequências para a QdV, foi realizado junto de 64 idosos de quatro instituições do distrito de Bragança, com idade média de 82 anos, sendo na maioria do sexo feminino, viúvo e provenientes do meio rural. Os autores observaram uma prevalência de hipertensão, miopia, tonturas, presbiacúsia e artrose, todas apontadas como fatores de risco das quedas. Verificaram ainda elevados índices de toma de anti-hipertensores, psicofármacos, anticoagulantes, diuréticos e digitálicos. Os autores constataram uma taxa média de incidência de 75 quedas por 100/idosos por ano, um pouco mais de um terço dos idosos caíram, em média, mais do que uma vez por ano. O local de queda mais frequente é o interior da habitação e a larga maioria em locais bem iluminados, sendo mais frequentes no período da tarde, embora ocorram de manhã e à noite. Mais de dois terços das quedas registaram-se em locais com piso liso e sem obstáculos, o que sugere dever-se a causas intrínsecas aos idosos. O tipo de calçado no momento da queda é diverso, sendo o mais frequente o uso de pantufas. Dos entrevistados, 46,9% dos casos foi uma queda accidental, devido a tontura ou vertigem (35,9%) e provocado por terceiros (17,2%). A queda para o lado é a mais frequente, seguida da queda para a frente. Na maior parte dos casos a queda não foi presenciada por ninguém o que dificulta uma ajuda imediata. O tempo de permanência no solo é de alguns minutos, havendo idosos que permanecem caídos mais de trinta minutos (9,4%). Cerca de 90% dos idosos receia voltar a cair, apresentando consequências físicas como hematomas (em dois terços dos casos) e fraturas (em 10,9% dos casos). Estes resultados apresentam-se preocupantes pois o número de quedas é elevado.

Também Rodrigues (2012) procurou avaliar o declínio funcional cognitivo e o risco de quedas em idosos internados no Hospital de Vila Real. Participaram no estudo 51 idosos, dos quais a maior parte eram do sexo feminino, com uma média etária de 75,53 anos, maioritariamente casados ou em união de facto e a residirem em casa própria ou com familiares. Os valores obtidos na avaliação de risco de queda na admissão foram significativamente elevados por comparação aos obtidos no momento da alta. O autor verificou que a avaliação de risco se correlacionou positivamente com a idade, como com o número de dias de internamento, permitindo concluir que os idosos mais velhos e os que estiveram mais dias internados apresentaram maior risco de queda no primeiro dias de internamento.

Em 2013, Santos realizou um estudo no concelho de Bragança (Centro Social e Paroquial de Baçal, Centro Social de Rebordãos e no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Bragança), com intuito de avaliar a aptidão física, a composição corporal e o medo de cair em idosos institucionalizados. Participaram 51 idosos, com predominância do sexo feminino, com idade média de 82 anos e viúvos. A prevalência de quedas neste estudo foi de 42,1%, sendo a história de queda mais frequente nos idosos com idades entre os 84 e os 94 anos e do sexo feminino (56,2%). A autora constatou que os idosos que não tinham sofrido qualquer queda apresentavam maior força e flexibilidade superior, o que sugere que a força muscular desempenha um papel fundamental no risco de quedas. Ao longo dos dois anos em que decorreu o estudo, a autora constatou que o medo de cair aumentou 29,1%.

Mais recentemente, o estudo de Mata, Fernandes, Anes, Brás e Pimentel (2014) com intuito de avaliar o risco de queda em 387 idosos não institucionalizados do distrito de Bragança, com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos ($M=77,06$; $DP=7,43$), provenientes, maioritariamente de aldeias (68,8%), do género feminino (57,4%) e casados (66,1%), mostrou que 50,1% apresenta risco de vir a sofrer uma queda, maior proporção nas mulheres e a partir dos 85 anos.

A questão do envelhecimento suscita mudanças profundas a todos os níveis, pelo que se assume fundamental identificar as condições que interferem no bem-estar e na QdV destas populações. Nesta linha de pensamento, as quedas e consequentes lesões resultantes assumem-se como um problema de saúde pública de grande impacto social,

uma problemática que acontece em todos os países e que espelha o expressivo envelhecimento populacional (Buksman, Vilela, Pereira, Lino, & Santos, 2008).

De acordo com Pinho et al. (2012), a queda pode ser definida como "um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial" (p. 321).

O impacto das quedas dos idosos, no âmbito da saúde pública, encontra-se demonstrado em diversos estudos, devido à sua alta incidência, às complicações para a saúde e aos elevados custos assistenciais que acarreta (Nascimento et al., 2009).

Para além das fraturas, hospitalizações e institucionalizações que potenciam os gastos dos serviços de saúde com os utentes, as quedas aportam igualmente implicações na vida do idoso, provocando o medo de cair novamente, podendo levar à restrição das atividades e à perda progressiva das suas capacidades funcionais e motoras (Nascimento et al., 2009).

São múltiplos os fatores associados às quedas, sendo que globalmente podem ser divididos em três categorias: intrínsecos, extrínsecos e de exposição ao risco (Skelton & Todd, 2004). Os fatores intrínsecos e individuais encontram-se associados à história de quedas; idade; sexo feminino; viver sozinho; medicação psicotrópica; sofrer de doenças crónicas; mobilidade e equilíbrio reduzidos; estilo de vida sedentário; deficiências nutricionais; dificuldades cognitivas ou demência; diminuição da acuidade visual; problemas com os pés; entre outros. Os fatores extrínsecos ou ambientais integram o piso escorregadio; a fraca iluminação; superfícies irregulares; calçado e vestuário não apropriado; bengalas, andarilhos e outros auxiliares de marcha não apropriados; ausência de corrimões nas escadas ou barras de apoio nos quartos de banho; obstáculos no chão; tapetes enrolados, entre outros. Os fatores de exposição ao risco encontram-se relacionados com certas atividades que parecem potenciar o risco de quedas por aumentar a exposição a situações de risco ambiental, como é o caso da atividade física (Gregg, Pereira, & Caspersen, 2000).

Os idosos são um grupo vulnerável a lesões por queda, particularmente dentro e à volta de casa. As consequências de uma lesão por queda acidental podem reduzir significativamente a QdV do idoso (Sethi et al., 2006). Além da possibilidade de morte, os idosos podem ficar com incapacidades permanentes e/ou ter um longo e dispendioso

processo de reabilitação. Diversas vezes necessitam do apoio e intervenção de vários serviços públicos como assistência médica, proteção social, alojamento, educação e reabilitação (Polinder et al., 2005).

Estes dados parecem sublinhar o elevado potencial da prevenção. A lesão nos idosos gera custos elevados para a saúde, sendo que os custos *per capita* são o produto da incidência de lesões e o custo médio por doente vítima de lesão. Este valor aumenta exponencialmente nas faixas etárias mais velhas devido à maior incidência de quedas (Polinder et al., 2005).

As quedas nos idosos são, sem dúvida, uma problemática com larga expressão no cenário da saúde e da QdV dos indivíduos, famílias e comunidades, pelo que a sua preocupação deve ser de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos e do poder local. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde, muito particular o dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária como educadores e modelos sociais é da maior relevância.

2.1. Quedas em Idosos atendidos no SU da ULSNE

A investigação procurou analisar a incidência das quedas em 202 idosos atendidos no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), no primeiro semestre de 2016, bem como procurou identificar as principais causas e sequelas a elas associadas.

Os principais resultados obtidos podem ser resumidos da seguinte forma:

- Foi encontrada uma taxa de incidência de quedas nos idosos de cerca de 12%.
- A queda ocorreu, na sua maioria, no domicílio (40,1%), nomeadamente na casa de banho (15,8%) e no quarto (12,9%), havendo maior prevalência das quedas por volta das 10:00 (19,8%). Mais de metade dos idosos referiu ter sofrido uma queda anterior (56,9%), sugerindo uma reincidência das quedas nesta população. Há uma presença elevada de fraturas após o episódio de queda (45,5%). A maioria das quedas ocorreu pela presença de obstáculo (55%) e, também a maioria dos idosos usava chinelos com sola de borracha na altura da queda (55%).

- A hipertensão é a doença mais prevalente na amostra de idosos (66,3%), seguido da diabetes e doença cardiovascular (16,8%), patologia osteoarticular (14,9%) e dislipidemia/colesterolemia (14,4%).
- Uma maioria de idosos toma medicação regular (94,1%), nomeadamente hipertensores (65,8%), havendo uma prevalência superior daqueles que tomam até quatro medicamentos por dia (70%).
- Houve um comprometimento significativamente mais elevado ($p \leq 0,05$) em todas as ABVD (banho, vestir, ir à casa de banho, transferência, continência, alimentação e total de dependência) analisadas, após o episódio de queda.

Estes resultados apontam para o facto de as quedas serem uma realidade com o avançar da idade, assumindo-se como um problema de saúde pública que requer uma intervenção adequada às necessidades e características desta população. Refletem, ainda, a ideia de que as causas das quedas são multifatoriais, envolvendo aspetos intrínsecos (e.g., orientação, equilíbrio) e extrínsecos (e.g., presença de obstáculos) aos idosos, incluindo-se nesta equação a presença de doenças crónicas e a polimedicação, como fatores coadjuvantes. As quedas apresentam um impacto significativo nas ABVD dos idosos.

De facto, as quedas em idosos assumem-se como um desafio ao envelhecimento populacional, podendo ser prevenidas através da informação/educação que se torna necessária e urgente junto destas populações, dos seus familiares, cuidadores e comunidade em geral. A intervenção nas quedas em idosos é reconhecida como prioritária, devendo sempre integrar ações de natureza remediativa mas, acima de tudo, de natureza preventiva.

Atendendo a que as causas das quedas em idosos ocorrem de uma confluência de fatores intrínsecos e extrínsecos, a educação e a informação assumem-se como pilares fundamentais da mudança, da prevenção e da promoção de uma melhor saúde junto desta população. Neste prisma de análise o presente Projeto de Intervenção pretende potenciar a capacitação de todos (idosos, familiares, cuidadores e comunidade em geral) na identificação dos principais fatores de risco associados, de modo a prevenir estes acidentes.

No mesmo sentido, não podemos negligenciar os resultados obtidos que apontaram para o impacto das quedas nas ABVD dos idosos, comprometendo a sua funcionalidade global diária, que deve assumir-se como pedra basilar de um processo de envelhecimento salutar e bem-sucedido. De facto, tendo as quedas um impacto limitante nas ABVD dos idosos e, podendo aquelas ser prevenidas, encontram-se reunidas as condições necessárias para uma intervenção comunitária que promova uma melhor saúde, bem-estar e QdV destas populações, no reforço da sua autonomia e independência.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pelas competências que detém ao nível da prestação de cuidados à comunidade, assume-se como o profissional de excelência para promover e desenvolver programas de prevenção inseridos nos cuidados prestados ao idoso. No entanto, e considerando os múltiplos fatores associados às quedas no idoso, é importante que este profissional articule a sua ação com outros profissionais de saúde, comprometendo-os igualmente na redução dos fatores de risco associados às quedas, bem como na necessidade da sua prevenção.

3. Integração

Este projeto está integrado no âmbito da saúde e encontra-se ancorado nas políticas de saúde atuais, internacionais, nacionais, regionais e locais, numa visão de promoção de saúde e de prevenção da doença e incapacidades na perspetiva da autonomia, independência e QdV. Neste sentido, o presente projeto encontra-se alinhado com:

- A Carta de Ottawa (WHO, 1986) surgiu da primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde e detém um conjunto de orientações para atingir a saúde para todos no ano de 2000 e seguintes. A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, atingindo um estado de bem-estar físico, mental e social. Nesta carta, está patente a ideia de que a saúde é um recurso para a vida e não uma finalidade de vida. As estratégias de promoção da saúde são diversas, sendo que a intervenção neste campo implica colocar a saúde na agenda dos decisores políticos, em todos os setores e a todos os níveis, consciencializando-os das consequências das suas decisões em

matéria de saúde, levando-os a assumir responsabilidades neste âmbito. Um dos pontos essenciais patente nessa carta visa reforçar a ação comunitária, pois a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, através de prioridades, decisões e planificação de estratégias que devem ser implementadas com vista a atingir melhor saúde (WHO, 1986).

- O Plano Operacional de Saúde XXI (POS) que traça os objetivos estratégicos para se atingirem os ganhos em saúde e garantia de cuidados de saúde com qualidade. Os ganhos em saúde são traduzidos em anos de vida e devem ser alcançados com a diminuição dos episódios de doença e na redução da sua duração, diminuição das incapacidades decorrentes de doenças, traumatismos ou sequelas, aumento das capacidades funcionais a nível físico e psicossocial e, também, na diminuição do sofrimento e aumento da QdV. No Eixo Prioritário I desse documento, é colocada a ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença, identificando-se a necessidade de conhecer melhor o estado de saúde da população, bem como as determinantes e intervenções que permitam corrigir as medidas negativas (União Europeia, 2000).
- A WHO (2007) que defende que a saúde da pessoa idosa abrange uma área de intervenção fundamental, tendo em conta as alterações demográficas que têm vindo a verificar-se. A população idosa está sujeita a um conjunto de acidentes, sendo que as quedas são tidas como o acidente mais frequente.
- O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 que reforça as estratégias de intervenção na promoção da saúde, para que se melhore os níveis de saúde de todos os cidadãos, adequando-se os recursos disponíveis. Este plano enfatiza a necessidade de intervir em causas evitáveis, controláveis ou de rápida resolução, defendendo a responsabilidade do Sistema de Saúde em promover, potenciar e preservar a saúde das populações ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto, identificando a pessoa como principal responsável pela saúde (DGS, 2012).
- O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), que enfatiza três áreas fundamentais: (a) promoção de um envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; (b) maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e (c) promoção e desenvolvimento

intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

4. Organização e Parcerias

Gestor/Coordenador do projeto: Enfermeira Ilita Córdova Preto, do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Cliente/Utilizador: População idosa residente no distrito de Bragança que tenha sido atendida no SU da ULSNE, no primeiro semestre de 2016.

Intervenientes:

- Idosos residentes no distrito de Bragança
- Responsável pelo Projeto: Enfermeira Ilita Córdova Preto
- Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de Santa Maria e Centro de Saúde da Sé (UCC): Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeuta e Assistente Social da ULSNE.
- Parcerias:
 - ✓ Instituto Politécnico de Bragança (IPB) – Escola Superior de Saúde (ESS);
 - ✓ Estudantes do Mestrado de Saúde Comunitária;
 - ✓ Departamento de Formação Contínua da ULSNE;
 - ✓ Câmara Municipal de Bragança;
 - ✓ Juntas de Freguesia;
 - ✓ Polícia de Segurança Pública (PSP) de Bragança;

Sujeitos das ações: o idoso, sua família e a comunidade.

Níveis de intervenção: diagnóstico, promoção da saúde, tratamento e prevenção de quedas nos idosos.

Caráter das ações: dirigidas a idosos, a familiares, cuidadores e comunidade em geral.

5. Período de Intervenção

Início: setembro de 2017

Fim: julho de 2018

6. Plano de Ação

O Plano de Ação contempla a execução do projeto, a ser realizado em três fases:

1ª Fase:

Após a assistência no SU da ULSNE, serão realizadas visitas domiciliárias a estes idosos, que pretendem:

- Caracterizar o evento de queda;
- Identificar os fatores intrínsecos de risco:
 - Avaliação física (com antecedentes pessoais e histórica clínica);
 - Avaliação Funcional (com administração do Questionário de Atividades de Vida Diárias);
- Identificar os fatores de risco ambientais através da observação e entrevista com os idosos e familiares/cuidadores;
- Identificar os fatores de risco comportamentais, através da observação e da entrevista com idosos e familiares/cuidadores para verificação de eventuais situações de exposição ao risco;
- Analisar o impacto da queda nas ABVD.

2ª Fase

Esta fase irá decorrer a partir de uma reunião com a equipa de execução do projeto para consolidação das estratégias de atuação. Para esta fase, será necessário uma intervenção concertada e multidisciplinar que engloba os seguintes aspetos:

- Identificar as necessidades de cada idoso e encaminhamento para o profissional mais adequado para lhe dar resposta (e.g., nutricionista, fisioterapeuta, oftalmologista).
- Realização de visitas domiciliárias, para que em conjunto (idosos e familiares/cuidadores) possam ser identificados os fatores de risco ambientais

passíveis de modificação, nomeadamente distribuição de móveis, iluminação deficiente, fios soltos, tapetes escorregadios, entre outros.

- Fatores de risco ambiental de maior complexidade e custos elevados serão encaminhados para a autarquia e juntas de freguesia, nomeadamente a necessidade de rampas de acesso, candeeiros da via pública com pouca iluminação, entre outros.
- Programação e execução de sessões de Promoção/Educação para a saúde, com vista à mudança de comportamentos de exposição ao risco.
- Entrega de documentação informativa sobre as quedas e suas consequências, bem como de outros parâmetros que possam evitar o risco de quedas.

3ª Fase

Nesta fase serão realizadas visitas domiciliárias para observação e aplicação das medidas administradas na 1ª fase, no sentido de se proceder a uma comparação após intervenção. Nesta fase, ainda decorrerá:

- A avaliação dos resultados.
- Uma Reunião com os parceiros para a divulgação de dados e avaliação do projeto.

Em seguida encontra-se sistematizado o Plano de Ação previsto para o Programa de Intervenção Comunitária.

Projeto <i>Quedas em idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir</i>				
Objetivo Geral: promover medidas de prevenção para a saúde e qualidade de vida do idoso, reduzindo a prevalência de quedas e mobilizando ações de prevenção das quedas e das suas consequências associadas.				
População-alvo: População idosa residente no distrito de Bragança				
Objetivos específicos	Atividades	Local	Ações previstas	Data
Sensibilizar todos os parceiros e Profissionais de Saúde para a necessidade de intervenção nas quedas em idosos.	Reuniões de esclarecimento e de sensibilização com (todos os parceiros), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) do Centro de Saúde de Santa Maria e da Sé, motivando a intervenção nas quedas dos idosos e no controlo da exposição a fatores de risco no contexto da sua prática clínica quotidiana.	Centro de Saúde de Santa Maria Centro de Saúde da Sé	4	Set a Dez 2017
Sensibilizar os idosos, cuidadores e suas famílias para a necessidade de intervenção nas quedas.	Sessões de educação/informação para a saúde e atividades com a população idosa, suas famílias e cuidadores, prevenindo o risco de exposição às quedas e promovendo as implicações na atividade funcional e consciencialização crescente para a sua redução.	Domicílio, Centros de Saúde e Autarquias locais	4	Ao longo do projeto
Sensibilizar a comunidade , em espaços específicos de lazer e centros de dia/lares de acolhimento.	Sessões de educação e informação para a saúde e atividades com a comunidade no sentido de prevenir o risco de exposição às quedas, suas implicações na atividade funcional e consciencializar para a redução das quedas.	Autarquias locais	4	Ao longo do projeto
Divulgação do projeto, nos meios de comunicação local (rádio, jornais, boletins informativos e <i>outdoors</i>)	Divulgação do projeto e sensibilização sobre a temática nos meios comunicação locais (rádio, jornais e boletins) e através de <i>outdoors</i> , podendo envolver as crianças/adolescentes das nossas escolas na realização do material de divulgação.	-	-	Ao longo do projeto

6.1. Planeamento das Sessões de Intervenção

Sessão	Área de intervenção	Conteúdos	Formadores	Data	Duração	Local
1	Envelhecimento	1. Envelhecimento humano 2. Implicações associadas 3. Síndromes geriátricas	Estudantes do Mestrado em Saúde Comunitária Fisioterapeuta	Março 2018	2H	Domicílio, Centros de Saúde e Autarquias locais
2	Quedas nos idosos	1. Caracterização dos eventos de queda 2. Prevalência das quedas nos idosos 3. Consequências das quedas	Enfermeira Ilita Preto	Abril 2018	2H	
3	Fatores de Risco	1. Fatores de risco intrínsecos (doenças crónicas, polimedicação) 2. Fatores de risco extrínsecos (no domicílio e na rua)	Dep. Formação da ULSNE	Maio/junho 2018	2H	
4	Como prevenir?	1. Medidas de segurança e prevenção 2. Cuidados pessoais de saúde 3. Estratégias de promoção do equilíbrio, postura, orientação, força muscular, respiratórios, entre outros	Assistente Social PSP Representantes da Autarquia Equipa multidisciplinar dos Centros de Saúde	Junho/julho 2018	2H	

7. Avaliação

A avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária será realizada pela Gestora/Coordenadora do projeto, a partir dos indicadores de estrutura, de processo, de resultado e de desempenho.

Os **indicadores de estrutura** associam-se aos recursos materiais e humanos, que serão avaliados ao longo da implementação do projeto de intervenção.

Recursos Humanos	Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa do projeto ▪ Idosos do conselho de Bragança ▪ Equipa multidisciplinar de saúde (enfermeiros, assistente social, outros profissionais de saúde) ▪ PSP ▪ Estudantes do Mestrado em Saúde Comunitária ▪ Representantes das Autarquias locais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de formação ▪ Material informático e audiovisual ▪ Computador portátil ▪ Videoprojector ▪ Tela de projeção ▪ Panfletos/folhetos de divulgação ▪ Outro material para as atividades/sessões

Os **indicadores de processo** associam-se ao planeamento e à implementação de cada atividade proposta e estes serão avaliados ao longo do projeto, no sentido de se aferir a eficácia dos mesmos.

Indicadores de processo
<ul style="list-style-type: none">▪ Tempo para planeamento de cada atividade▪ Tempo para realização de cada atividade▪ Avaliação de cada atividade▪ Percentagem de ações desenvolvidas▪ Índice de participação da população-alvo nas atividades

Os **indicadores de resultado** serão avaliados em 2018, através da realização de uma investigação com características idênticas às da presente investigação.

Os **indicadores de desempenho** serão aferidos ao longo do processo de intervenção, atendendo à planificação das atividades previstas e à participação da população-alvo.

Indicadores de desempenho
<ul style="list-style-type: none">▪ Percentagem de ações desenvolvidas▪ Índice de participação da população-alvo nas atividades▪ Avaliação das ações (apreciação global da intervenção, objetivos conteúdos, atividades, participação, recursos e desenvolvimento das ações/programa)

Referências Bibliográficas

- Buksman, S., Vilela, A., Pereira, S., Lino, V., & Santos, V. (2008). *Quedas em idosos: Prevenção*. Consultado em 10 de maio de 2016 em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas*. Consultado em 14 de maio de 2016 em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-para-a-Sa%C3%BAde-das-Pessoas-Idosas.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Consultado em 14 de maio de 2016 em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados a familiares ao idoso dependente* (1ª ed.). Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2012). *Envelhecimento no século XXI: Celebração e Desafio*. Consultado em 10 de maio de 2016 em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Gregg, E., Pereira, M., & Caspersen, C. (2000). Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of American Geriatric Society*, 48(8), 883-893.
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Consultado em 10 de maio de 2016 em: www.ine.pt
- Mata, A., Fernandes, A., Anes, E., Brás, M., & Pimentel, H.. (2014). Risco de queda em idosos não institucionalizados do distrito de Bragança. In A. Lobo, A. Mártires, A. Carvalho, C. Antunes, H. Penaforte, M. J. Monteiro, & V. Rodrigues (Coord.), *Novos olhares na saúde* (pp. 149-156). Chaves: Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado.
- Nascimento, B., Duarte, B., Antonini, D., & Borges, S. (2009). Risco para quedas em idosos da comunidade: Relação entre tendência referida e suscetibilidade para

- quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 7, 95-99.
- Pereira, F., Miguel, T., & Fernandes, A. (2011). *Fatores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados*. Consultado em 12 de maio de 2016 em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3951/3/Artigo%20Quedas%20Vers%C3%A3o%20RTG4.pdf>
- Pinho, T., Silva, A., Tura, L., Moreira, M., Gurgel, S., Smith, A., & Bezerra, V. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em unidade básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 320-327.
- Polinder, S., Meering, W., van Baar, M., Toet, H., Mulder, S., van Beeck, E., & EURO COST Reference Group (2005). Cost estimation of injury-related hospital admissions in 10 European countries. *Journal of Trauma*, 59(6), 1283-1290.
- Reyes-Ortiz, C., Snih, S., & Markides, K. (2005). Falls among elderly persons in Latin América and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(5-6), 362-369.
- Rodrigues, J. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Santos, A. (2013). *Alterações da aptidão física, composição corporal e medo de cair de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança.
- Sethi, D., Racioppi, F., Baumgarten, I., & Vida, P. (2006). *Injuries and violence in Europe: Why they matter and what can be done*. Consultado em 12 de maio de 2016 em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98762/E88037.pdf
- Skelton, D., & Todd, C. (2004). *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?* Consultado em 12 de maio de 2016 em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf

União Europeia (2000). *Saúde XXI: Programa Operacional de Saúde 2000-2006*.
Consultado em 14 de maio de 2016 em:
<http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>

World Health Organization (1986). *A promoção da saúde: Carta de Ottawa*.
Consultado em 14 de maio de 2016 em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*.
Consultado em 12 de maio de 2016 em:
http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Anexo F - Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade
de Bragança**

Ilita Córdova Preto

Bragança, abril, 2017

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados da Comunidade
de Bragança**

Ilita Córdova Preto

Orientadores:

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Bragança, abril, 2017

À medida que você envelhecer, você descobrirá que tem duas mãos - uma para ajudar a si mesmo e outra para ajudar aos outros.

Audrey Hepburn

Lista de siglas

ABDV (Atividades Básicas de Vida Diária)

CDP (Consulta de Diagnóstico Pneumológico)

CLAS (Concelhos Locais de Ação Social)

CPCJ (Comissão de Criança e Jovens em Risco)

DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica)

DSC (Diagnóstico de Saúde da Comunidade)

ECCI (Equipa de Cuidados Integrados)

QdV (Qualidade de Vida)

RSI (Rendimento Social de Inserção)

SU (Serviço de Urgência)

TA (Tensão Arterial)

UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade)

UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados)

ULSNE (Unidade Local de Saúde do Nordeste)

USP (Unidade de Saúde Pública)

Índice

Introdução	117
1. Contextualização do local de estágio	119
1.1. Área de influência	120
1.2. Constituição da equipa	120
1.3. Carteira de serviços	121
1.4. Instalações e equipamentos	122
2. Descrição das atividades desenvolvidas no estágio	123
3. Análise crítica e considerações finais	126
Referências Bibliográficas	129
Anexos	130

Introdução

É consensual a importância que os cuidados de saúde primários detêm no mundo, uma vez que qualquer país que oriente o seu sistema de saúde para uma boa rede de cuidados de saúde primários, obtém certamente, melhores resultados ao nível da saúde para as suas populações, a baixos custos e com maior equidade.

Os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde que mais têm contribuído para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, prestando cuidados em vários contextos.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios ao nível da saúde pública (Lima-Costa & Veras, 2003), colocando os idosos num grupo social de risco, aportando um conjunto de alterações e de transformações que exigem adaptações constantes (Paúl, 2005).

A preocupação contemporânea assenta em permitir que o envelhecimento seja um processo ativo, como melhorias ao nível da saúde das populações e potenciando a sua qualidade de vida (QdV), numa perspetiva multidimensional (Ribeiro & Paúl, 2011), já que ao envelhecimento se associam problemas de natureza diversa, não apenas sob o ponto de vista cognitivo, mas também sob o ponto de vista emocional, psicológico, social e comunitário (Hernandez, Egea, & Ballesteros, 2004).

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio II - Trabalho de Projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança, apresenta-se um Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

O objetivo do estágio é adquirir competências específicas associadas aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, pelo que ao longo do estágio foram desenvolvidas várias atividades em diversos domínios da Enfermagem Comunitária, com especial enfoque para as quedas nos idosos.

Nesse sentido, a primeira fase teve como principal objetivo analisar a incidência das quedas em idosos atendidos no Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), no primeiro semestre de 2016, bem como identificar as principais causas e sequelas a elas associadas. Já na segunda fase, foi concebido,

planeado e realizado um projeto de intervenção comunitária designado *Quedas em Idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir*.

O estágio decorreu entre o dia 23 de setembro de 2016 ao dia 10 de fevereiro de 2017, no Centro de Saúde Santa Maria, em Bragança. Foi realizado durante os dias úteis (de segunda a sexta-feira), em horário pós laboral, até perfazer a carga horária total de 420 horas, conforme previsto no plano curricular.

Este relatório descreve, de uma forma objetiva e sequencial, as atividades desenvolvidas no período de estágio, pretendendo dar resposta a uma exigência curricular e, ao mesmo tempo, servir de instrumento de avaliação.

Encontra-se estruturado em cinco pontos essenciais: uma introdução que pretende enquadrar o âmbito deste relatório, seguindo-se a caracterização do local onde o estágio decorreu, a descrição e análise das atividades preconizadas nesse período, atendendo aos objetivos previstos, uma reflexão crítica relativamente ao processo de estágio e, por último, algumas considerações finais que consideramos pertinentes.

A metodologia utilizada baseia-se numa análise descritiva, crítica e reflexiva de investigação-ação, utilizando-se como estratégia a revisão bibliográfica para fundamentação das atividades, a utilização do Guia Orientador de Estágio, o plano de ação da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), bem como os esclarecimentos e orientações da professora orientadora.

1. Contextualização do local de estágio

O estágio foi realizado na UCC Domus, que é uma Unidade do Centro de Saúde de Bragança, integrado na ULSNE. O Centro de Saúde de Bragança é composto por duas unidades:

- A Unidade da Sé, localizada na Rua Engenheiro Amaro da Costa e que integra uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Pública (USP);
- A unidade de Santa Maria, localizada na Avenida Cidade de Leon, que integra, igualmente, uma UCSP e a UCC.

O Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro criou os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações regionais de saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamentos. Tendo em conta a reforma dos cuidados de saúde primários este decreto promoveu a criação de UCC, às quais compete:

Prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p. 15438).

No artigo 4º, ponto 3. do Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril do Decreto-Regulamentar n.º 74/2009 de 16 de abril, é referido que a UCC deve assegurar um conjunto de respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde se encontra inserida e reger-se pelos seguintes princípios:

- a) Cooperação, exigida a todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- b) Solidariedade e trabalho de equipa;

- c) Autonomia, assente na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;
- d) Articulação com as outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES);
- e) Parceria com estruturas da comunidade local (autarquias, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações e outras);
- f) Avaliação contínua que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação e da qualidade dos cuidados;
- g) Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional (p. 15438).

1.1. Área de influência

A área geográfica de intervenção (influência) da UCC onde o estágio decorreu confina-se à área de Bragança, um dos distritos de maior dimensão do país, que se situa no extremo do Nordeste de Portugal, especificamente na província de Trás-os-Montes e Alto Douro. Bragança possui uma superfície territorial de 1.174 km², dividida em 39 freguesias, contando com cerca de 34.511 habitantes dos quais, em 2015, e segundo o PORDATA (2016), 7.998 era população residente com idade igual ou superior a 65 anos.

Assim a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da área de influência do Centro de Saúde.

1.2. Constituição da equipa

Os profissionais que integram a UCC Domus desenvolvem atividades de intervenção comunitária em cooperação com os vários setores comunitários.

A equipa multidisciplinar é composta por profissionais a tempo inteiro ou a tempo parcial, dependendo das horas de cuidados necessárias para dar resposta aos problemas e às necessidades da comunidade.

Equipa a tempo inteiro	Equipa a tempo parcial
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Enfermeiras especialistas em Enfermagem de Reabilitação (uma das quais é Coordenadora da UCC) ▪ 5 Enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária ▪ 1 Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetra ▪ 1 Enfermeira de Cuidados Gerais ▪ 1 Assistente Técnico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Médico ▪ 2 Técnicos de Serviço Social ▪ 1 Psicóloga ▪ 1 Nutricionista ▪ 1 Dentista

A equipa multidisciplinar desenvolve as suas atividades de forma articulada e integrada nas necessidades da comunidade.

1.3. Carteira de serviços

À UCC Domus compete assegurar as suas funções através de uma carteira básica de serviços que incide sobre a promoção de estilos de vida saudáveis, em parceria com outras instituições, em todo o ciclo de vida. Esta carteira de serviços integra-se no plano de ação da ULSNE.

No âmbito da rede nacional de cuidados, os projetos dependem da área de intervenção e da população-alvo, tendo como áreas de atuação a Intervenção Precoce, a Saúde Escolar, a preparação para a parentalidade, a articulação com a Comissão de Crianças e Jovens em risco (CPCJ), os Concelhos Locais de Ação Social (CLAS), a Equipa de Cuidados Integrados (ECCI), o Rendimento Social de Inserção (RSI), Consulta de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e a Unidade Móvel de Saúde.

1.4. Instalações e equipamentos

A UCC Domus está localizada no rés-do-chão da Unidade de Santa Maria. Possui gabinetes de Enfermagem, local de armazenamento dos materiais necessários, sala de preparação para o parto e casa de banho.

Existe ainda uma unidade móvel que realiza as visitas domiciliária.

O programa informático utilizado é o SClínico.

2. Descrição das atividades desenvolvidas em estágio

A conceção do Diagnóstico de Saúde da Comunidade (DSC) constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e tem como finalidade objetivar rigorosamente o nível de saúde de uma comunidade, através da determinação dos problemas e necessidades de saúde (Martinez, Joaquim, Oliveira, & Santos, 2007).

A realização do DSC é uma das principais funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e é essencial ao desenvolvimento das subseqüentes etapas da metodologia do Planeamento em saúde, como a determinação de prioridades em saúde e estabelecer estratégias de intervenção, as quais, promovendo a participação dos cidadãos e a mobilização dos recursos disponíveis, permitirão obter ganhos em saúde.

Assim, neste estágio foi feita a avaliação das causas e sequelas decorrentes das quedas nos idosos atendidos no SU da ULSNE no primeiro semestre de 2016. Definiram-se como principais objetivos:

- Calcular a incidência de quedas em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos atendidas no SU da ULSNE no primeiro semestre de 2016;
- Caracterizar o evento da queda;
- Identificar patologias mais prevalentes;
- Caracterizar a medicação habitual na amostra de idosos e identificar as situações de polimedicação;
- Analisar o impacto da queda ao nível das ABVD dos idosos.

Face aos objetivos delineados optou-se, na primeira etapa de investigação, utilizar uma abordagem retrospectiva e, na segunda etapa, uma abordagem quantitativa e transversal, tratando-se de um estudo descritivo e analítico.

Após a análise dos **887** episódios de queda, observou-se que 443 idosos preenchiam os critérios de inclusão, pelo que destes foram selecionados 202 idosos que constituíram a amostra em estudo. Para a recolha de informação utilizou-se a entrevista realizada pela investigadora.

Como principais resultados destacou-se que grande parte dos idosos caiu no domicílio (40,1%), maioritariamente, na casa de banho (15,8%), e no quarto (12,9%). Os

resultados mostram que 56,9% dos idosos referiu ter sofrido uma queda anterior, sugerindo que há uma reincidência de quedas nos idosos. Verificou-se que as quedas ocorridas nos idosos do presente estudo deveram-se na sua maioria, à existência de obstáculos (55%). Os resultados evidenciam que a hipertensão constitui a doença mais prevalente na presente amostra (66,3%), 91,1% dos idosos toma medicação regular, verificando-se uma polimedicação no seio destes. Verificou-se, também, que após o evento da queda, os idosos reconheceram um comprometimento significativamente mais elevado em todas as ABVD.

Após a elaboração do diagnóstico de saúde, desenhou-se um Projeto de Intervenção Comunitária com vista à intervenção nos problemas identificados, tendo-se dado o nome *Quedas em Idosos: Investigar para conhecer; conhecer para intervir*. Este projeto visa promover uma melhor intervenção nas quedas dos idosos, por forma a diminuir a sua prevalência, reduzir a exposição ao risco, com intuito de obter ganhos em saúde e potenciar a QdV dos idosos.

O projeto contempla intervenções específicas de Educação/Informação para a Saúde. Neste contexto foi agendada uma ação formativa no dia 26 de abril, às 14h30 minutos em Palácios, alargada à comunidade em geral.

Inicialmente foi realizado uma dinâmica de quebra-gelo, com o intuito de promover a interação entre todos, a integração e a participação de todos os elementos. Foi apresentado o projeto, os seus objetivos e plano de ação.

Foi realizada uma apresentação em PowerPoint com recurso a imagens e textos simples, atendendo às características da população-alvo. No âmbito desta sessão contou-se com o contributo de três colegas de mestrado e uma enfermeira com especialização em Enfermagem de Reabilitação, que contribuiu no final da sessão com a avaliação dos parâmetros de tensão arterial (TA) e de glicemia capilar, reforçando a tomada de consciência e a responsabilidade ao nível dos objetivos terapêuticos individuais e da importância da vigilância periódica. Foi igualmente distribuído a todos os participantes, informação relativamente à prevenção das quedas em idosos (Anexo I).

A UCC tem integrado vários projetos que se encontram distribuídos pelos vários profissionais dependendo da sua atuação. Por conseguinte, no decorrer do estágio houve

igualmente a possibilidade de integrar algumas das ações de formação preconizadas pela UCC, nomeadamente:

- Dia do Trabalhador da Segurança Social - realizada no dia 26 de outubro de 2016, com o intuito de promover e treinar alguns exercícios de relaxamento, bem como minimizar as consequências das más posturas ergonómicas e tensões nervosas musculares recorrentes do dia-a-dia. A população-alvo foi constituída pelos colaboradores da Segurança Social de Bragança.
- .Dia mundial da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) - realizada no dia 16 de novembro de 2016. Esta sessão teve como principal objetivo a prevenção e sensibilização para os fatores de risco da DPOC, identificação dos possíveis sintomas e respetiva atuação inerente à patologia abordada, promoção de alterações de alguns estilos de vida, evidenciando-se o exercício físico e a cessação tabágica. A população-alvo foi constituída pelos utentes do Centro de Saúde Santa Maria.
- Implementação de exercícios de relaxamento em salas de aula - realizadas no dia 22 e 23 de novembro de 2016. Esta sessão teve como objetivo a promoção e o treino de alguns exercícios de relaxamento, minimização das consequências das más posturas ergonómicas e tensões nervosas musculares recorrentes do dia-a-dia, com o intuito de promover um aumento na concentração em sala de aula. A população-alvo foi constituída pelos docentes da Escola Augusto Moreno e Escola Secundária Abade de Baçal.
- *Workshop* “Lidando com a menopausa” - realizado no dia 28 de novembro de 2016. Esta sessão teve como objetivos contribuir para a formação das senhoras relativamente a esta área, instrução e treino de exercícios de relaxamento para minimizar as consequências das más posturas adotadas, instrução e treino dos exercícios de Kegel. A população-alvo foi constituída por senhoras na idade da menopausa, utentes do centro de saúde.

3. Análise crítica e considerações finais

Este relatório não é mais do que um documento que pretende descrever, informar, analisar e refletir sobre as atividades que foram desenvolvidas, durante o período de estágio, junto da comunidade.

Foi possível, durante o estágio, aprofundar e consolidar conhecimentos no âmbito dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária, nomeadamente ao nível da realização de diagnósticos de saúde da comunidade; na elaboração e formulação de objetivos/estratégias de priorização das necessidades em saúde e planificação/condução de intervenções com o intuito de intervir nos problemas diagnosticados, conseguindo-se consolidar as competências consignadas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

O balanço que realizamos do período de estágio é francamente positivo, sublinhando-se o acolhimento por parte da equipa de enfermagem da UCC e a integração nos procedimentos associados às ações que foram realizadas na prestação de cuidados diretos, que permitiram a consolidação de competências específicas neste âmbito. A possibilidade de integração nos programas/projetos da comunidade de Bragança contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos teórico/práticos e o desenvolvimento de competências transversais e específicas no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Deste balanço, é ainda possível ressaltar alguns constrangimentos sentidos, nomeadamente a existência de poucos meios materiais e humanos que possam dar resposta às necessidades de cuidados à comunidade, bem como à educação para a saúde.

Por conseguinte e realizando uma reflexão mais proactiva do estágio, consideramos que a UCC deve, futuramente, ponderar o uso de estratégias para a capacitação das comunidades gerirem os seus processos de saúde/doença, bem como dar continuidade à educação para a saúde em seu sentido mais amplo e relativamente à prevenção das quedas nos idosos, em seu sentido mais restrito.

Globalmente, tendo em linha de conta as competências constantes no Guia Orientador de Estágio e atendendo aos objetivos inicialmente propostos, consideramos que todas as atividades desenvolvidas no período de estágio (desde a configuração do projeto à sua realização) sublinham a sensação de "missão cumprida". Todas as experiências vividas,

as aprendizagens realizadas e a qualidade dos cuidados prestados resultam num balanço francamente positivo que contribui para o nosso crescimento pessoal e profissional.

De facto, a excelência do exercício profissional constrói-se diariamente, de forma progressiva, num processo contínuo de formação e de reflexão sobre a prática. Por conseguinte, todas as ações desenvolvidas assumem-se apenas como pontos de partida, podendo vir a potenciadas e melhoradas, em função das necessidades sentidas por parte das populações-alvo. Pelo facto de a ação do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária ser muito ampla, complexa e indissociável de algumas tarefas rotineiras sentiu-se alguma dificuldade na descrição de todas as atividades que decorreram durante o período de estágio.

Por último, importa ainda sublinhar que o êxito deste estágio e deste relatório se encontra associado não apenas ao compromisso individual, mas também ao apoio de toda a equipa, que seguramente foi um grande contributo.

Referências Bibliográficas

- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro - *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de fevereiro de 2008
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril - *Diário da República*, 2.ª série — N.º 74 — 16 de abril de 2009
- Hernandez, M., Egea, M., & Ballesteros, E. (2004) *Enfermería geriátrica* (2ª ed.). Barcelona: Manuales de Enfermería.
- Lima-Costa, M., & Barreto, S. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189 - 201.
- Martínez, C., Joaquim, R., Oliveira, E., & Santos, I. (2007). Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: Um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Revista brasileira de fisioterapia*, 11(1), 69-76.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- PORDATA (2016). *Índice de Envelhecimento na Europa*. Consultado em 12 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento ativo. In O. Ribeiro, & C. Paúl (Coord.), *Manual de envelhecimento ativo* (pp.1-12). Lisboa: Lidel.

Anexos

Anexo I

- ADAPTAÇÕES NO DOMICÍLIO -
Cozinha (continuação)

- Colocar os utensílios mais utilizados nas **prateleiras mais baixas**;
- Evitar subir bancos ou cadeiras.

Quarto

- Colocar interruptores com **fácil alcance**;
- Usar **luzes de presença**;
- A **cama** deverá ser firme e de altura adequada.

Casa de Banho

- Substituir banheira por **chuveiros**;
- Colocar sempre **tapete anti derrapante** e barras de suporte na parede.

- MEDIDAS PREVENTIVAS -

- ✳ O **exercício físico regular** é uma importante estratégia de prevenção da osteoporose.
- ✳ As quedas podem ser prevenidas fazendo pequenas adaptações na casa e no **estilo de vida**, mas também deve-se garantir uma **alimentação saudável e equilibrada** e ter uma vida **fisicamente ativa**.

- MEDIDAS PREVENTIVAS -
(continuação)

Andar devagar Não correr ou saltar por cima de obstáculos	Prestar especial atenção em caminhos com buracos ou desníveis
Tomar os medicamentos corretos	Fazer regularmente uma avaliação à visão e audição
Manter os locais com iluminação adequada	Utilizar calçado adequado
Manter espaços arrumados, limpos, livres de obstáculos	Entrar no automóvel corretamente, sente-se e depois rode as pernas para dentro, e ao sair fazer ao contrário
Limitar o consumo de bebidas alcoólicas	

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
 Escola Superior de Saúde
ULSNE **ULS DOMUS**
Centro de Saúde de Bragança II - Santa Maria
 Avenida Cidade de León, 5300-274 Bragança
 273 302 620

QUEDAS

- DEFINIÇÃO DE QUEDA -

Uma queda é considerada uma **descida rápida** do corpo de um **nível superior para um nível mais baixo**, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições.

É um incidente súbito e involuntário.

- As quedas são um problema que afeta predominantemente os **idosos**;
- Pessoas com perturbações da memória, fraqueza muscular, mais de 60 anos de idade e que usam apoios de marcha podem ter um **risco aumentado** de queda.

- POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS -

FÍSICAS:

- Fraturas ósseas
- Contusões
- Lacerações
- Hematomas
- Morte

PSICOSSOCIAIS:

- Medo
- Fragilidade
- Receio de dependência
- Diminuição das atividades sociais e recreativas

COMUNIDADE:

- Absentismo profissional dos familiares
- Elevada percentagem de internamentos hospitalares
- Tratamentos morosos e dispendiosos

- FATORES DE RISCO -

- Crianças < 5 anos e idosos > 65 anos
- Declínio cognitivo, depressão, ansiedade
- Presença de doenças crónicas
- Deficit da função motora e do equilíbrio corporal
- Comprometimento na visão, audição ou tato
- Obesidade severa
- História prévia de queda

- TIPO DE QUEDAS -

QUEDAS ACIDENTAIS

- Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a pessoas sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar.

QUEDAS FISIOLÓGICAS ANTECIPÁVEIS

- Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda.

QUEDAS FISIOLÓGICAS NÃO ANTECIPÁVEIS

- Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco. Não sendo possível de prever. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força ou fraturas patológicas.

- PRINCIPAIS OBSTÁCULOS -

- DESNIVELAMENTO NO PISO**
 - Buracos e Lombas
- DESORGANIZAÇÃO DE OBJETOS**
 - Ferramentas e cordas
- SOLO ESCORREGADÍO**
 - Óleo, gasolina, neve
- SOLO INSTÁVEL**
 - Escadas, encostas com areia
- OBSTÁCULOS NO SOLO**
 - Raízes de árvores, pedras

- ADAPTAÇÕES NO DOMICÍLIO -

Chão

- Olhar sempre para o chão em todas as divisões;
- **Retirar tapetes** e carpetes que não tenham uma superfície anti derrapante;
- **Fixar todos os fios** ou cabos às paredes.

Escadas

- Manter as **escadas livres** de quaisquer objetos;
- **Iluminação** suficiente no topo e fundo das escadas, com interruptores brilhantes em ambos os lados;
- **Corrimãos** dos dois lados das escadas, firmes e tão longos como as escadas.