

QUEDAS EM IDOSOS NUMA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO – PREVALÊNCIA, RISCOS E PREVENÇÃO

Carla Manuela Cordeiro Torrão

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica: Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Bragança, julho de 2016

QUEDAS EM IDOSOS NUMA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO – PREVALÊNCIA, RISCOS E PREVENÇÃO

Carla Manuela Cordeiro Torrão

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientação Científica: Professor Doutor Leonel São Romão Preto

Bragança, julho de 2016

Resumo

Introdução: as quedas são um importante problema na saúde nos idosos, apresentando os idosos institucionalizados um risco específico, determinado pela mudança de ambiente, diminuição da atividade física e alterações na independência funcional.

Objetivo: estimar a prevalência e avaliar o risco de quedas nos idosos institucionalizados na ULDM – Sta Maria Maior de Miranda do Douro no período compreendido entre 02/12/2008 e 31/08/2014. Conhecer quais as estratégias de prevenção implementadas para evitar a recorrência de quedas nos idosos com histórico de quedas.

Metodologia: Estudo descritivo e analítico de caráter retrospectivo, sobre uma amostra constituída por utentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados numa Unidade de Longa Duração e Manutenção, no período compreendido entre 02/12/2008 e 31/08/2014 (N=158).

Resultados: A prevalência de quedas foi de 14%. As quedas tiveram como principais fatores de risco a idade avançada, a presença de doenças crónicas, a mobilidade reduzida, défice cognitivo e polimedicação. O quarto e o WC foram os espaços físicos onde ocorreram com mais frequência. As principais causas foram, por esta ordem, a perda de apoio, episódio de desorientação/agitação e a perda de consciência. A maior parte das quedas não tiveram consequências físicas para o idoso ou limitaram-se a lesões traumáticas. As medidas de prevenção mais frequentemente aplicadas foram as medidas de apoio e a contenção física.

Conclusão: nos resultados obtidos verifica-se uma prevalência de quedas muito superior quando comparada com outros estudos nesta área. Os dados apontam à necessidade de implementação de políticas institucionais de prevenção de quedas.

Palavras-chave: Quedas; Idosos; Cuidados Continuados; Fatores de risco; Prevenção; Prevalência.

Abstract

Theoretical framework: Falls are an important health issue on elderly people, and those who are institutionalized have present a very specific risk, determined by changes of environment, decrease of physical activity and changes on functional Independence.

Aim: To estimate the prevalence and evaluate the risk of falls in the elderly in ULDM - Sta Maria Maior Miranda do Douro in the period between 02/12/2008 and 08/31/2014. Know about the prevention strategies implemented to prevent the recurrence of falls in the elderly with a history of falls.

Methodology: Descriptive and analytical study, with a retrospective character, focusing a sample composed by users of a long-term healthcare institution, with age equal or over 65 years old, between 02/12/2008 and 31/08/2014 (N=158).

Results: The prevalence of falls was 14%. These falls had, as primary risk factors, the declining age, the presence of chronic diseases, reduced mobility, cognitive impairment and polypharmacy. The bedroom and bathroom were the physical spaces in where the falls occurred more often. The main causes were, in this specific order, the loss of support, bewilderment/agitation episodes and loss of consciousness. Most of these falls had no physical consequences or just small traumatic injuries. The prevention methods more frequently used were support measures and physical restraint.

Conclusion: On these results we have a prevalence of falls much higher when in comparison with other studies in this same field. The obtained data points to the need to implement institutional policies for fall prevention.

Keywords: Falls; Elderly; Long-term healthcare institution; Risk factor; Prevention; Prevalence.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço ao meu orientador Professor Doutor Leonel São Romão Preto, pela dedicação, disponibilidade, paciência e profissionalismo: muito obrigada.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro, em especial ao Sr. Provedor Mário Corredeira, pela disponibilidade demonstrada e permissão da realização do estudo na Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção Santa Maria Maior.

Aos meus colegas da UCCI-Santa Maria Maior pelo incentivo e disponibilidade.

Ao Luís Ribeiro pelo incentivo que sempre me soube dar em todos os momentos, pela força e apoio que me deu para terminar este trabalho, muito obrigada.

Ao Sérgio Vaz pelos desafios que me estimulou a abraçar e por todo o apoio e encorajamento.

À Minha Família, por todo o apoio, carinho e amor demonstrado e por acreditarem naquilo que faço. A eles, dedico todo este trabalho.

A todos os demais...

Siglas e abreviaturas

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direção-Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

FA - Fibrilação Auricular

FC - Frequência Cardíaca

FR - Frequência Respiratória

HTA - Hipertensão Arterial

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

INE - Instituto Nacional de Estatística

IR - Insuficiência Renal

MMSE - Mini-Mental State Evaluation

NPSA - National Patient Safety Agency

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PTA - Prótese Total da Anca

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPO2 - Saturação Periférica de Oxigénio

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico

Temp. - Temperatura

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULSNE - Unidade Local de Saúde Nordeste

UP - Úlcera de Pressão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
I - CONSTRUTO TEÓRICO	21
1 - Envelhecimento.....	21
1.1 - Envelhecimento e declino funcional	22
1.2 -- Institucionalização	24
2 - Quedas no idoso.....	27
2.1 - Fatores de risco e consequências das quedas	28
2.2 - Prevenção das quedas.....	32
2.3 - Epidemiologia das quedas.....	33
II - TRABALHO EMPÍRICO	37
1 - Objetivos da investigação	37
1.1 – Problema de investigação	37
1.2 – Objetivos do estudo	37
2 - Procedimentos metodológicos	39
2.3 – Procedimentos e recolha de dados.....	40
2.3.1 – Instrumento de recolha de dados	40
2.3.1.1 – Índice de Barthel	41
2.3.1.2 – Escala de Morse	42
2.3.1.3 – Escala Mini Mental State	43
2.4 – Questões éticas	43
2.5 – Procedimentos Estatísticos	44
3 - Resultados.....	45
4 - Discussão dos resultados.....	59
5 – Conclusão.....	63
6 - Referências Bibliográficas	65
Anexos.....	71

Índice de gráficos

Gráfico 1- Valores obtidos para o MMSE (<i>caixa de bigodes e histograma</i>)	49
Gráfico 2- Número médio de quedas ocorridas entre os utentes com défice cognitivo e sem défice cognitivo	50
Gráfico 3- Uteses polimedicados	50
Gráfico 4- Presença de úlceras de pressão	51
Gráfico 5- Comparação no Índice de Barthel (à entrada e à alta da Unidade)	52
Gráfico 6- Uteses que caíram durante o internamento	53
Gráfico 7- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas na Escala de Morse na admissão e alta dos utentes.....	53
Gráfico 8- Comparação na Escala de Morse à entrada e alta da unidade.....	54
Gráfico 9- Local onde ocorreram as quedas.....	55
Gráfico 10- Modo como ocorreu a queda	56
Gráfico 11- Causas das quedas.....	56
Gráfico 12- Medidas de prevenção	57
Gráfico 13- Consequências das quedas	57
Gráfico 14- As quedas resultaram em hospitalização	58

Índice de tabelas

Tabela 1- Descritivas da idade dos utentes, por género e para o total da amostra	45
Tabela 2- Proveniência dos utentes	45
Tabela 3- Principais critérios de referenciação	46
Tabela 4- Diagnósticos principais da amostra.....	47
Tabela 5- Diagnósticos secundários da amostra.....	48
Tabela 6- Estatísticas descritivas para a variável <i>dias de internamento</i>	48
Tabela 7- Défice cognitivo avaliado a partir da MMSE	49
Tabela 8- Classificação dos utentes no Índice de Barthel, aquando da entrada na Unidade.....	51
Tabela 9- Classificação dos utentes no Índice de Barthel, aquando da alta da Unidade.....	52
Tabela 10- Número de quedas ocorridas.....	54
Tabela 11- Variáveis clínicas registadas após as quedas	55

INTRODUÇÃO

No seguimento do percurso académico e profissional por mim realizado nas várias instituições onde estagiei e principalmente naquela onde presto cuidados diariamente, o tema das quedas esteve sempre presente, como um grande obstáculo no processo de reabilitação do utente.

Este trabalho torna-se então num grande benefício para a minha formação, melhorando a forma como vejo a problemática das quedas, visto que na minha prática me deparo frequentemente com este fenómeno. Continuamente, esse conhecimento beneficiará os meus colegas e a minha instituição com mais conhecimento e sugestões de intervenção. Por último aumentará o conhecimento futuro nesta área respondendo a algumas questões e sugerindo outras.

O Enfermeiro, para melhor entender a população na qual promove cuidados de saúde, deve servir-se do conhecimento científico nomeadamente da epidemiologia para melhor identificar os problemas que mais afetam essa população.

A população em Portugal tem vindo a envelhecer, tornando-se fundamental aprofundar conhecimentos sobre os problemas que mais afetam os idosos para, desta forma, podermos, além de dar uma melhor resposta nos cuidados que prestamos, poder também criar estratégias de prevenção.

Em Portugal, a proporção de jovens (≤ 14 anos) desceu de 16% para 14.9% e a de idosos (≥ 65 anos) cresceu de 16,4% para 19% entre 2001 e 2011, revelando desta forma uma inversão da pirâmide etária. Portugal perdeu população em todos os grupos etários (quinquenais) entre os 0-29 anos; entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26%. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, ou seja, por cada 100 jovens existiam 128 idosos (102 em 2001). Em 2013 situava-se nos 136 idosos por cada 100 jovens (INE, Dia Mundial da População, 2014).

Segundo dados, por município, da base de dados Pordata na região de Trás-os-Montes tem-se verificado um progressivo aumento do Índice de Envelhecimento da população atingindo o Concelho de Bragança um rácio de 193,3% e o Concelho de Miranda do

Douro 338,5% no ano de 2014. O rácio do Índice de Envelhecimento calculado segundo a fórmula [(População com 65 ou mais anos / População com menos de 15 anos) * 100] subiu de um valor de 79,4% em 2001 para 128,7% em 2014 (Pordata, 2015).

O processo de envelhecimento leva a alterações progressivas da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, contribuindo para situações de maior fragilidade com perda de independência funcional para a realização de Atividades de Vida Diária (AVD). As incapacidades são condicionantes da doença e esta, por sua vez, daquelas. Quando ocorrem de forma agravada, aguda ou cronicamente, sobretudo para os mais dependentes ou isolados um dos recursos sociais disponíveis são os Cuidados Continuados.

O conceito de cuidados continuados é algo de relativamente recente em Portugal. Só em meados do ano 2006, através do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, o XVII Governo Constitucional consagra a criação da RNCCI, iniciando a sua consolidação através do Despacho conjunto 17516/2006, que aprova as experiências-piloto ao longo de todo o território nacional, sendo estas a base da atual configuração da rede.

Este documento define os cuidados continuados como:

(...) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto de Lei 101/06 de 6 de Junho, Diário da República nº 109, I Série-A, 2006).

A Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção é uma das quatro tipologias de internamento existentes na RNCC. Os números 1, 2 e 3 do artigo 17º do Decreto de Lei 101/2006 definem as unidades de longa duração e manutenção como sendo unidades “ (...) de internamento temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio ” (Decreto de Lei 101/06 de 6 de Junho, Diário da República nº 109, I Série-A, 2006).

Com o envelhecimento crescente a população portuguesa emerge a necessidade de conhecer melhor os problemas que mais atingem a saúde dos idosos, sendo que o risco

ou a presença de quedas são importantes indicadores de saúde e funcionalidade nesta faixa etária.

Independentemente da idade, o risco de cair é inerente ao ser humano. No entanto, as pessoas idosas apresentam uma situação de maior risco já que neste grupo etário as quedas são uma importante causa de incapacidade, morbidade e mortalidade. (Fabrício, Rodrigues, & Junior, 2004).

O aumento da ocorrência de quedas associado à idade está bem documentado pela literatura (Rodrigues, Fraga, & Barros, 2014). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as quedas atingem uma prevalência de 28-35% em pessoas com 65 anos, aumentando a mesma para 32-42% a partir dos 70 anos de idade (OMS, 2007).

Num estudo realizado por Álvares, Lima e Silva (2010) sobre a ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa duração, concluíram que cerca de um terço desses idosos (32,5%) sofreu pelo menos uma queda no último ano.

Os profissionais de enfermagem que cuidam de idosos frágeis devem valorizar na sua prática clínica a segurança do paciente e a prevenção de quedas, identificando precocemente os fatores de risco intrínsecos ao indivíduo e os relacionados com o meio ambiente (Fonad, B., Winblad, Emami, & Sandmark, 2008). Só através da identificação de pessoas em risco se poderão direcionar estratégias específicas de intervenção (Rubenstein, Josephson, & Robbins, 1994).

Este estudo tem como principais objetivos estimar a prevalência de quedas, os principais fatores de risco das quedas e principais medidas preventivas implementadas numa unidade de longa duração e manutenção.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira parte remete para o estado da arte, com o intuito de expor o conhecimento atualizado da literatura sobre a temática em estudo. A segunda parte abrange a investigação empírica e nela serão definidos os objetivos, abordadas as questões metodológicas, a apresentação dos resultados, sua discussão e, por fim, a conclusão.

I - CONSTRUTO TEÓRICO

1 - Envelhecimento

Há alguma disparidade entre países, relativamente aos critérios utilizados para definir pessoa idosa, designadamente quanto à idade cronológica a partir da qual alguém é considerado idoso. Em Portugal, e na maioria dos países desenvolvidos, o mais usual e aceite é definir como pessoa idosa aquela que apresenta uma idade igual ou superior aos 65 anos. Seguindo este princípio classificativo, podem ainda distinguir-se três subgrupos de idosos: 65-74 anos, 75-84 anos e ≥ 85 anos (Lord, Sherrington, Menz, & Close, 2007).

A tendência de inversão da pirâmide demográfica nos países desenvolvidos constitui uma temática amplamente estudada nos últimos anos e o progressivo envelhecimento demográfico na Europa e, conseqüentemente, em Portugal, é um facto bem conhecido (Bongaarts, 2009).

De acordo com dados dos Censos 2011 do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população portuguesa com 65 ou mais anos de idade perfaz já cerca de 19% do total da população, o que nos mostra que, na última década, houve um aumento superior a 2,5% da população idosa, já que em 2001 ela se situava em 16,4% (INE, Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População, 2011).

Ainda de acordo com o INE o aumento da população com idade superior a 69 anos foi de cerca de 26% entre 2001 e 2011. Assim, o envelhecimento da população portuguesa é uma realidade demonstrada pelo aumento da idade média em cerca de 3 anos, passando dos 39 anos de idade média em 2001 para os 41,8 anos de idade média em 2011 (43,2 nas mulheres e 40,3 nos homens). Logo, e por consequência, o índice de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) passou de 102,2 em 2001 para 127,8 em 2011. O índice de longevidade, que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos era, em 2011 de 48, face a 41 em 2001 e 39 em 1991. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas (INE, Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População, 2011).

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas o envelhecimento humano pode ser definido como: “(...) o processo de mudança progressiva da estrutura biológica,

psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2006).

No mesmo documento, os autores afirmam que:

[O envelhecimento] Não é um problema, mas sim uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada (DGS, 2006).

Assim, o envelhecimento pode ser definido como um processo universal, pois insere-se no ciclo biológico natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte, sendo um processo complexo, pois para além de biológico é conceptualizado culturalmente e socialmente construído e vinculado a um processo individual de vida. Caracteriza-se por ser dinâmico, habitualmente lento e progressivo, contudo individual e variável (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

1.1 - Envelhecimento e declino funcional

O processo de envelhecimento dos indivíduos pressupõe uma série de alterações aos níveis biológico, psicológico e social que podem contribuir para uma situação de maior fragilidade. Fatores como o aumento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, problemas osteoarticulares, doenças neurológicas degenerativas, alterações do estado cognitivo, isolamento social e solidão estão associados ao processo de envelhecimento e ao indivíduo idoso e contribuem para a perda de autonomia na realização das suas AVD e para a situação de maior fragilidade.

Os fatores associados à capacidade/incapacidade funcional estão relacionados com a presença ou não de algumas patologias, deficiências ou problemas de saúde. No entanto, a evidência sugere que a capacidade funcional também é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais, como sejam os hábitos alcoólicos, tabágicos ou a realização de exercício físico (Rosa, Benicio, Latorre, & Ramos, 2003).

De acordo com os Censos 2011, cerca de 50% da população com 65 ou mais anos refere que tem dificuldades em realizar pelo menos uma das suas AVD's, estando estas dificuldades relacionadas com problemas de locomoção e perda de acuidade visual (INE, Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População, 2011).

Na mesma linha, o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) refere que cerca de 12% das pessoas com mais de 65 anos de idade necessitam de ajuda de terceiros para a realização das suas AVD's.

A capacidade funcional, relaciona-se com a capacidade do idoso na realização das AVD's, dividindo-se estas tradicionalmente em: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD's). As ABVD's incluem a alimentação, higiene, vestir, arranjo pessoal, defecação, micção, ir à casa de banho, transferir-se cama/cadeira, deambulação e subir e descer escadas. As AIVD's dizem respeito a determinadas aptidões de cariz instrumental as quais permitem ao idoso uma maior adaptação ao meio que o rodeia, tais como o uso do telefone, a arrumação da casa, a lavagem da roupa, a administração de dinheiro, a gestão da medicação, entre outras. As AAVD's são um tipo de atividades que, o facto de o idoso não as realizar, por opção ou incapacidade, acabam por não ter influência no seu grau de independência. São atividades como: condução de automóveis, prática de desporto, pintura, canto, dança, habilidade de tocar algum instrumento e realizar viagens (Freitas, Santos, Hammerschmidt, Silva, & Pelzer, 2011).

A incapacidade funcional pode ser definida como a dificuldade em desenvolver certas atividades da vida quotidiana ou mesmo a impossibilidade de desempenha-las (Rosa, Benicio, Latorre, & Ramos, 2003).

Segundo Pinho et al (2012) a evidência científica sugere que a dependência para o desempenho das AVD's tende a aumentar de cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, para cerca de 50% entre os 90 ou mais anos (Pinho, et al., 2012).

O declínio funcional resulta não apenas de uma alteração orgânica, mas da interação entre essa alteração e a limitação das atividades e restrição da participação social, mas também de fatores ambientais e pessoais que interferem no desempenho das AVD's, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores da capacidade funcional (Cunha, Cintra, Cunha, Couto, & Giacomin, 2009).

As quedas e as consequências que destas podem advir são muitas vezes responsáveis pela perda ou diminuição da capacidade funcional do idoso na realização das AVD's. Neste sentido, Cunha et al (2009) referem cinco estudos que indicam que utentes idosos com elevado risco de queda têm igualmente um elevado risco de declínio funcional durante a hospitalização.

O declínio da capacidade funcional nos idosos pode ainda ter origem em alterações neuromusculares que se relacionam com redução da massa, força e potência muscular. Estas alterações refletem-se na perda de equilíbrio e na mobilidade funcional do idoso, reduzindo a sua capacidade de alinhamento corporal e coordenação motora, contribuindo desta forma a um aumento do risco de cair (Ribeiro, Gomes, Teixeira, Brochado, & Oliveira, 2009).

Na mesma linha Pinho et al (2012) defendem que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, evidenciadas pela diminuição da força muscular, amplitude de movimento, da velocidade de contração muscular, da acuidade visual e auditiva, e pelas alterações posturais influenciam a mobilidade funcional e o equilíbrio em idosos, podendo estar relacionadas com os sistemas músculo-esquelético, neuromuscular e sensorial. Essas alterações podem acarretar alguns prejuízos para o idoso, como o aumento no risco de quedas, redução do nível de independência funcional e, conseqüentemente, a diminuição na qualidade de vida (Pinho, et al., 2012).

Um estudo sobre causas e consequências das quedas em idosos, tendo como base o autorrelato e a auscultação de familiares e cuidadores, concluiu que a queda teve grande impacto na vida dos idosos em atividades como deitar/levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar unhas dos pés, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transportes públicos e subir escadas (Fabrício, Rodrigues, & Junior, 2004).

1.2 -- Institucionalização

O envelhecimento traz consigo a necessidade de adaptação da pessoa idosa às suas novas necessidades, pois muitas vezes ela é compelida a conviver com o desconhecido após a sua longa trajetória de vida com aqueles com que mantinha laços de amizade e consanguinidade. A adaptação da pessoa idosa às suas necessidades e dependência leva-

a na maioria das vezes a si, e à sua família a procurar instituições para a prestação de cuidados (Bentes, Pedroso, & Maciel, 2012).

Com o decorrer do processo de envelhecimento o indivíduo idoso vai perdendo capacidades para realizar as AVD. Por outro lado, a falta de apoio familiar e/ou a ausência temporária ou definitiva do cuidador, estados terminais de doença avançada, o grau elevado de dependência, as condições sociais em que estão inseridos ou mesmo a necessidade de cuidados de reabilitação levam muitas das vezes à institucionalização do idoso.

Assim, a falta de resposta domiciliária ou de suporte familiar conduz a que o processo de institucionalização do idoso se torne na única solução. No entanto, apesar destas instituições estarem direcionadas para os acolher, este recurso leva a uma inevitável transformação do estilo de vida e projeto existencial da pessoa idosa (Álvares, Lima, & Silva, 2010).

De acordo com os Censos de 2011, o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar: cerca de 33% dos utentes ligados à segurança social são idosos e 12% encontram-se em lares (INE, Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População, 2011).

Os idosos institucionalizados são essencialmente indivíduos fragilizados, necessitando de uma atenção diferenciada, de um suporte e serviços especializados. As morbilidades físicas e/ou mentais podem agravar o seu estado de saúde e assim como as quedas, também pela sua frequência, aumentar os custos socioeconómicos e dependências (Carvalho & Siqueira, 2011).

Os idosos institucionalizados apresentam uma maior prevalência de quedas quando comparados com os que vivem na comunidade (Bloch, et al., 2010). Isto acontece porque estes idosos, apresentam condições funcionais e sociais singulares quando comparados a aqueles que vivem na comunidade. Geralmente, a realidade do idoso institucionalizado é marcada pelo sedentarismo, incapacidade funcional e ausência familiar, aumentando até três vezes mais o risco de quedas (Gomes, Marques, Leal, & Barros, 2014).

Além disto, Gomes et al (2014) referem que a falta de qualificação dos profissionais de saúde e da inadequação das infraestruturas dessas instituições são importantes fatores para a elevada ocorrência de quedas.

Aproximadamente 30% a 50% dos idosos institucionalizados caem todos os anos e 40% deles têm quedas recorrentes (OMS, 2007). Nos Estados Unidos da América, ocorrem 1,7 quedas por cama anualmente, com consequências mais graves, ocorrendo lacerações ou fraturas em 10% a 20% dos casos (Rubenstein L. , 2006).

O risco de quedas é notoriamente elevado em idosos institucionalizados pois os níveis de aptidão funcional são inferiores aos de idosos não institucionalizados (Ribeiro, Gomes, Teixeira, Brochado, & Oliveira, 2009).

Desta forma, a mudança do ambiente familiar para um ambiente que é estranho ao idoso pode representar um fator de risco para a ocorrência de quedas pois este ambiente pode predispor a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais relacionadas com o abandono, isolamento, inatividade física e consequentemente um aumento na dependência para a realização das AVD e redução da capacidade funcional. Desta forma, a institucionalização do idoso deve ser a última alternativa de assistência ao idoso (Ferreira & Yoshitome, 2010).

2 - Quedas no idoso

O equilíbrio corporal e a postura podem ser definidos como a capacidade de manter o centro da gravidade corporal dentro dos limites da base de sustentação durante posições estáticas e dinâmicas. Estes atuam como responsáveis pela estabilidade por meio de movimentos corretivos e antecipatórios, conforme o tipo e amplitude das perturbações impostas ao corpo (Ricci, Gazzola, & Coimbra, 2009).

O estudo “Injuries in the European Union: summary of injuries statistics for the years 2008-2010”, dá-nos conta que, na União Europeia, cerca de 17% das mortes devido a lesão são resultantes de quedas e que, na população idosa, as quedas representam um total de 28% de todas as mortes nesta faixa etária, com maior prevalência nos homens (Eurosafte, 2013).

A queda pode ser definida como um deslocamento do corpo não intencional para um nível inferior à posição inicial, sendo que este deslocamento não é corrigido em tempo útil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal (Menezes & Bachion, 2008).

Outros autores definem queda como um contacto não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem precedência de perda da consciência ou resultante de força externa, como um acidente inevitável (Ricci, Gazzola, & Coimbra, 2009); ou ainda, como um evento que decorre da perda do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura (Rodrigues, Fraga, & Barros, 2014).

A adoção de uma definição é um requisito importante quando se estudam as quedas. No entanto, muitos estudos não têm uma definição de queda específica e operacional, o que pode levar a várias interpretações. Um exemplo disso é que as pessoas idosas descrevem as quedas como a perda de equilíbrio e os profissionais de saúde descrevem-nas como eventos que podem levar a lesões.

As quedas são, de forma comum, definidas como a passagem inadvertida a uma posição de inércia no chão ou em qualquer nível mais baixo, excluindo a mudança intencional de posição. Estas têm grande proeminência entre as causas externas de lesões não-

intencionais, estando codificadas como E880-E888 na “International Classification of Disease-9” e W00-W19 na “International Classification of Disease-10” que incluem um vasto leque de quedas: quedas no mesmo nível, num nível superior e outras não especificadas (OMS, 2007).

Com o envelhecimento global da população a prevenção das quedas torna-se num grande desafio. Isto acontece porque o número de quedas cresce exponencialmente à medida que aumenta o número de idosos institucionalizados, e a ocorrência de quedas tende a aumentar com as mudanças biológicas inerentes ao envelhecimento (Gomes, Marques, Leal, & Barros, 2014).

2.1 - Fatores de risco e consequências das quedas

A avaliação da incapacidade/limitação físico-funcional nos idosos e a identificação precoce do declínio funcional são alguns dos fatores essenciais para prevenir episódios de queda.

A associação entre a presença de incapacidade funcional e fragilidade apresentada pelos utentes institucionalizados numa unidade de longa duração é relevante para a ocorrência de episódios de queda. Além disso, a idade avançada, a presença de doenças crónicas e a mobilidade reduzida são fortes indicadores para a sua ocorrência.

O Enfermeiro, na sua prática clínica com idosos, para que estes possam realizar as suas atividades de vida diária sem riscos de sofrerem lesões, deve identificar os fatores de risco que os predispõem à ocorrência de quedas, sejam eles físicos, psicológicos, socioculturais ou ambientais.

Sabemos que as quedas têm uma prevalência inferior nos hospitais de doentes agudos e superior nos cuidados continuados e dentro de um hospital existe variabilidade entre as unidades, habitualmente com prevalências mais baixas na obstetrícia e mais elevadas na gerontologia, psiquiatria e unidades de reabilitação (Healey & Scobie, 2007); (Morse, 2009).

No idoso institucionalizado, a avaliação deve valorizar a interação entre os vários fatores de risco, já que na ocorrência de quedas, esses fatores são multifatoriais podendo envolver

elementos intrínsecos e extrínsecos. As causas intrínsecas são aquelas que provêm de alterações fisiológicas decorrentes da própria idade e/ou da presença de patologias, tais como os efeitos secundários de medicamentos. Entre os fatores intrínsecos podemos destacar as doenças cardiovasculares, neurológicas, sensoriais, reumatológicas e endocrinológicas. No que diz respeito aos fatores extrínsecos ou ambientais, podem ser considerados entre outros, a iluminação deficiente, o ambiente confuso e/ou desarrumado, os tapetes em superfícies lisas, a presença de degraus com altura ou largura irregulares, a ausência de corrimãos, as camas e cadeiras com alturas inadequadas, o uso de chinelos abertos ou sapatos mal ajustados e com sola escorregadia (Lojudice, Laprega, Rodrigues, & Júnior, 2010).

Ao longo do processo de envelhecimento, o indivíduo sofre várias alterações que podem estar associadas à ocorrência de quedas. Relativamente às condições fisiológicas, podemos destacar a diminuição da acuidade visual e auditiva, os distúrbios proprioceptivos, os distúrbios vestibulares os quais levam à diminuição da estabilidade postural, a diminuição da força muscular e degenerações articulares limitantes da amplitude de movimentos. Quanto aos fatores psicológicos, a depressão pode ocasionar alteração do nível de atenção, diminuição da velocidade da marcha, perda de energia e indiferença ao meio ambiente. Da mesma forma, a ansiedade pode também acarretar diminuição da atenção, podendo levar a tonturas, arritmias e dispneia; as demências e estados confusionais agudos podem causar agitação, alterações da consciência e alucinações, levando à ocorrência de quedas. A polimedicação pode também favorecer a ocorrência de quedas, devido aos efeitos secundários que os fármacos provocam, sendo que quanto maior o número de medicamentos utilizados maior o risco (Jahana & Diogo, 2007).

Segundo a OMS as quedas resultam de uma complexa interação entre os diversos fatores de risco. Os principais fatores de risco refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que direta ou indiretamente afetam o bem-estar. Estes fatores de risco poderão categorizar-se em 4 dimensões: biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Os fatores biológicos incluem características individuais não modificáveis, como a idade e o género. Estes fatores estão associados às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento enquanto declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, bem como a comorbidade associada às doenças crónicas. Os fatores comportamentais dizem respeito à ação humana, emoções ou escolhas diárias dos

indivíduos. Ao contrário dos biológicos, os fatores comportamentais são modificáveis mediante intervenções estratégicas para a mudança de comportamentos. Relativamente aos fatores ambientais, estes abarcam a interação entre as condições físicas de cada indivíduo e o ambiente que o rodeia. Nos fatores socioeconómicos incluem-se baixos rendimentos, baixo nível de educação e condições habitacionais inadequadas, entre outros (OMS, 2007).

A interação entre os fatores biológicos e os riscos ambientais e comportamentais aumentam o risco de quedas, ou seja, por exemplo a perda de massa muscular conduz à perda de funcionalidade e maior grau de fragilidade aumentando o risco de quedas devido aos perigos ambientais e comportamentos de risco.

Estudos epidemiológicos apresentaram associações significativas entre a ocorrência de quedas e a alteração da função cognitiva (défice cognitivo). A função cognitiva e o equilíbrio encontram-se interligados, ou porque partilham redes neuronais comuns ou porque o equilíbrio utiliza determinados aspetos da função cognitiva (American Geriatrics Society, 2001).

O medo de cair novamente é uma das consequências mais devastadoras para a funcionalidade do idoso, já que conduz à diminuição da mobilidade, aumento do desuso e aumento na dependência das AVD. Esta perda de capacidade funcional eleva a probabilidade de ocorrência de um novo evento (Menezes & Bachion, 2008).

O medo de cair conduz não só à restrição da atividade, perda de autonomia e independência como também ao declínio de interações sociais, depressão, sentimentos de fragilidade e de insegurança; e aumenta o risco de ocorrência de novas quedas tornando-se desta forma um ciclo vicioso em que as consequências das quedas passadas se tornam as causas das futuras quedas (Lopes & Dias, 2010).

Em instituições de longa permanência, os principais fatores de risco referenciados para a ocorrência de quedas em idosos são: idade avançada, sexo feminino, função neuromuscular afetada, presença de doenças crónicas, antecedentes da ocorrência de quedas, alterações a nível psicológico e cognitivo, incapacidade funcional, hipotensão postural, polimedicação e ambiente físico inadequado (Menezes & Bachion, 2008). Segundo Jahana e Diogo (2007), a própria negação das suas limitações físicas, leva os

idosos a ultrapassarem os seus limites e a se exporem a maiores riscos, o que potencia o risco de cair.

Investigações realizadas nos Estados Unidos da América colocam os acidentes como a quinta causa de morte (depois de doenças cardíacas, neoplasias, AVC e doenças pulmonares) nos idosos. Sendo que 2/3 das mortes causadas por esses acidentes resultam de quedas (Rubenstein L. , 2006).

A queda nos idosos é a principal responsável para a ocorrência de fraturas, gerando desta forma um aumento de custos em saúde, pois aumentam a necessidade de internamento hospitalar, cuidados de saúde e uso de medicamentos.

A história da queda e a mecânica do trauma constituem variáveis preditoras do tipo de lesão. Quedas anteriores e posteriores resultam geralmente em fraturas dos pulsos e quedas laterais tendem a resultar em fraturas proximais do fémur. A evidência sugere ainda que as quedas para trás, com ponto de impacto na região glútea ou coccígea, apresentam menores taxas de fraturas associadas (Rubenstein L. , 2006).

Segundo a OMS (2007), a ocorrência de quedas perfaz 10% a 15% das causas que levam os utentes a recorrer aos serviços de urgência e é responsável por 20% a 30% das lesões definidas como graves. A mesma fonte refere ainda que mais de metade das hospitalizações são de pessoas com mais de 65 anos, sendo as lesões mais frequentemente encontradas: fraturas da anca, lesões dos membros superiores e lesões crânio-encefálicas. A taxa de mortalidade relacionada com quedas é cerca de 40%, percentagem que aumenta exponencialmente com a idade, em ambos os sexos. No entanto, é superior nos homens apesar de estes sofrerem menos quedas que as mulheres; este fato deve-se ao fato de o homem sofrer de mais co-morbilidades do que as mulheres em cada grupo etário.

Nos países ocidentais, cerca de 30% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, caem pelo menos uma vez por ano e, aproximadamente metade desse valor, caem duas ou mais vezes. Essa frequência é menor nos países orientais, nos quais cerca de 15% dos idosos caem uma vez ao ano e apenas 7,2% caem de forma recorrente. Este evento constitui a sexta causa de morte entre pessoas acima de 65 anos; os resultados não-fatais incluem os danos físicos, medo de cair novamente, incapacidade funcional e institucionalizações (Pinho, et al., 2012).

As quedas e, posteriormente, as suas consequências podem desencadear ou agravar estados de morbidade. A diminuição da mobilidade e incapacidade funcional no idoso pode levar a complicações como o aparecimento de úlceras de pressão, problemas respiratórios e urinários (Jahana & Diogo, 2007).

Um estudo desenvolvido no âmbito da emergência nos Estados Unidos da América concluiu que as quedas são eventos frequentemente causadores de lesões graves constituindo-se como a principal causa de morte em pessoas com idade superior a 65 anos. A taxa de mortalidade é ainda maior, atingindo os 70%, em pessoas com mais de 75 anos (Fabrício, Rodrigues, & Junior, 2004).

As investigações mostram um aumento em cerca de 50% na mortalidade entre os idosos que sofreram queda no ano subsequente à mesma. Alguns autores afirmam ainda que metade dos idosos que sofrem fratura trocantérica ficam incapacitados e, desses, 25% morrerão em menos de seis meses. Isso mostra o impacto negativo causado pela consequência deste tipo de acidente, na sobrevivência e na qualidade de vida desta população (Pinho, et al., 2012).

As quedas originam não só consequências na vida do idoso como também na vida dos seus familiares tais como a mudança de domicílio, rearranjo familiar, alterações no relacionamento familiar e dependência financeira da família. Assim, a queda não gera somente danos aos sistemas biológicos, mas também aos psicossociais e culturais nos quais o idoso e a sua família estão inseridos (Lopes & Dias, 2010).

2.2 - Prevenção das quedas

Tal como noutros processos patológicos a prevenção deve ser a medida mais importante a ser realizada pelos profissionais de saúde. No entanto a prevenção de quedas é uma situação que envolve utentes, cuidadores, familiares e profissionais de saúde. Em relação à enfermagem, considera-se que o risco para quedas representa um diagnóstico de enfermagem, isto é, uma situação que demanda intervenções de enfermagem. A partir da identificação dos indivíduos sujeitos aos riscos de quedas, o profissional de enfermagem deve implementar ações visando a diminuição ou mesmo supressão da ocorrência do fenómeno (Machado, Oliveira, Costa, & Araújo, 2009).

Num estudo realizado em unidades de reabilitação onde foram implementados programas de exercício físico, formação dirigida aos profissionais e ensinamentos aos utentes, revelou uma redução de 30% na ocorrência de quedas (Haines, Bennell, Osborne, & Hill, 2004)

Já outros autores referem que as quedas em idosos institucionalizados podem ser diminuídas através da intervenção a nível do equipamento, ambiente, formação e alteração de práticas (Fonda, Cook, Sandler, & Bailey, 2006).

A prevenção das quedas revela-se de uma importância extrema, pela sua capacidade de diminuir a morbilidade e a mortalidade bem como os custos em cuidados de saúde. Os programas de prevenção junto dos utentes, têm a vantagem de melhorar a qualidade de vida e o estado de saúde global (Buksman, S., Pereira, Lino, & Santos, 2008). Quando existem equipas multidisciplinares na avaliação e na aplicação de intervenções, estas tornam-se fatores ideais para a prevenção de quedas na população mais vulnerável (Stenvall, et al., 2007).

Após uma avaliação inicial do utente são, muitas vezes, adotadas intervenções de restrição física da mobilidade tais como, subida das grades da cama e colocação de imobilizador abdominal. No entanto, apesar de nos parecer contraditório na prevenção, as grades da cama não devem ser utilizadas em utentes com demência, epilepsia ou história de quedas (NPSA, 2007)

2.3 - Epidemiologia das quedas

Um estudo realizado no Brasil, em 105 idosos institucionalizados, constatou que a maioria das quedas ocorreu em pessoas do sexo feminino, com idade igual ou superior a 80 anos. A ocorrência de quedas esteve na sua grande maioria relacionada com a prática de exercício físico, sendo que 97,6% faziam uso de medicamentos. Foi associada ainda a ocorrência de quedas à presença de fatores de risco como a osteoartrose, a depressão, a diminuição da acuidade auditiva/visual e a diminuição da força muscular. Os locais onde ocorreram maior número de quedas foram em primeiro lugar a casa de banho, seguida do quarto e da sala. Mais de metade dos idosos (57%) apresentou sequelas tais como contusões, fraturas e medo de andar novamente (Lojudice, Laprega, Rodrigues, & Júnior, 2010).

Um estudo realizado a 2945 idosos hospitalizados em unidades de medicina geriátrica na Austrália obteve uma prevalência de quedas de 8,7%. Tendo em conta os pacientes que caíram (n=257) 79,4% tiveram apenas uma queda e 21,6% sofreram duas ou mais quedas. Dos idosos que sofreram quedas 25,7% apresentaram lesões ligeiras na cabeça e articulações (anca, joelho e cotovelo) e 1,9% apresentaram lesões graves relacionadas com fratura da anca, tornozelos, pulsos e vertebrae (Basic & Hartwell, 2015).

Um estudo realizado em 4050 mulheres a viver na comunidade com idades compreendidas entre os 60 e os 79 anos verificou que a prevalência de quedas aumentava quando associada ao aumento do número de doenças crónicas. Concluiu-se que o risco de queda atribuído à população com pelo menos uma doença crónica foi de 32,2%. Já em termos de uso de medicação, a investigação evidenciou que o risco de quedas aumenta para 50% devido ao uso de hipnóticos/ansiolíticos e antidepressivos (Lawlor, Patel, & Ebrahim, 2003).

Outro estudo sugere que o número de quedas aumenta com o número de medicamentos utilizados por dia, concluindo que o risco de quedas foi de 1,4 para o uso de 3 fármacos e 1,7 para 4 ou mais (Ziere, et al., 2005).

No Brasil, realizou-se um estudo, em 2008, com 73 idosos que sofreram pelo menos um episódio de AVC. Concluiu-se que as sequelas derivadas do AVC (força diminuída, dificuldade na marcha, uso de anti hipertensores, défice de equilíbrio,...) representam os fatores de risco mais frequentes para a ocorrência de quedas (Costa, Oliveira, Moreira, Cavalcante, & Araujo, 2010).

Estudos realizados na Turquia, Catalunha e no Brasil, chegaram á conclusão de que a ocorrência de quedas pode ser prevenida através de cuidados simples como a promoção da saúde, revisão terapêutica, alterações nos domicílios e promoção da segurança dentro e fora do domicílio. Intervenções multidisciplinares podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional (Miranda, Mota, & Borges, 2010).

Em Portugal, em 2009, na Segunda Conferência de Regulação do Conselho de Enfermagem, na sessão sobre “Percurso do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, o Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, (CHCB, EPE) apresentou dados relativos ao ano de 2009. Os resultados referem-se a uma análise de 182 quedas, sendo a taxa de prevalência de 1,54% (Pina, et al., 2010).

Num outro estudo exploratório português em contexto hospitalar, analisaram-se 260 episódios de queda relativos a 229 utentes, ao longo de 31 meses. Numa amostra em que 63% eram do sexo masculino e com uma média de idades de 74,2 anos, obtiveram uma prevalência de quedas de 0,55% (Costa-Dias M. J., 2014).

II - TRABALHO EMPÍRICO

1 - Objetivos da investigação

1.1 – Problema de investigação

Foi delineado o seguinte problema de investigação:

“Qual o risco de queda nos idosos institucionalizados na unidade de longa duração e manutenção e quais os fatores de risco presentes nos idosos que caíram ao longo do internamento?”

1.2 – Objetivos do estudo

Os seguintes objetivos (gerais e específicos) nortearam a presente investigação:

1. Estimar a prevalência de quedas nos idosos institucionalizados na ULDM – Sta Maria Maior de Miranda do Douro no período compreendido entre 02/12/2008 e 31/08/2014.
2. Avaliar o risco de quedas nos idosos institucionalizados na ULDM - Santa Maria Maior de Miranda do Douro no período compreendido entre 02/12/2008 e 31/08/2014.
 - 2.1. Identificar quais os principais fatores de risco de quedas nos idosos.
 - 2.2. Avaliar a relação entre o risco de quedas e o grau de dependência.
 - 2.3. Analisar o registo de quedas identificando quais as causas mais frequentes de queda (intrínsecas / extrínsecas), as consequências e a necessidade ou não de hospitalização diferenciada.
 - 2.4. Identificar quais os locais mais frequentes da ocorrência de quedas.
3. Conhecer quais as estratégias de prevenção implementadas para evitar a recorrência de quedas nos idosos com histórico de quedas.

2 - Procedimentos metodológicos

A metodologia sendo uma etapa do processo investigativo descreve a forma como o trabalho é delineado e como este poderá evoluir.

Partindo da conceção de que método é um procedimento ou caminho para alcançar determinado fim e que a finalidade da ciência é a busca do saber, podemos dizer que o método científico é um conjunto de procedimentos adotados com o propósito de atingir o conhecimento (Prodanov & Freitas, 2013).

2.1 – Tipo de estudo

Estudo descritivo e analítico de carácter retrospectivo. A descrição consiste em determinar a natureza e as características de conceitos, populações ou de fenómenos (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

2.2 – Seleção da população e amostra

A população alvo é toda a população “que o investigador quer estudar e a propósito da qual deseja fazer generalizações” (Fortin, Côté, & Fillion, 2006). A população acessível é a fração da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser limitada a uma região, uma província, uma cidade, um estabelecimento, entre outros (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

Definimos como critérios de inclusão todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos institucionalizados na ULDM- Santa Maria Maior de Miranda do Douro no período compreendido entre 02/12/2008 e 31/08/2014. Como critério de exclusão do estudo eliminámos os utentes com óbito durante o internamento, bem como os utentes cujos dados não estavam corretamente preenchidos e nos não permitissem avaliar de forma retrospectiva a variável dependente (risco de queda).

A população inicial total era de 307 indivíduos. No entanto, com a aplicação dos critérios de inclusão, obtivemos uma amostra constituída por 158 utentes.

2.3 – Procedimentos e recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com recurso a análise processual dos utentes admitidos na ULDM-Santa Maria Maior de Miranda do Douro no período compreendido entre 02/12/2008 e 31/08/2014.

2.3.1 – Instrumento de recolha de dados

A informação foi recolhida com base em dados secundários. Tendo como base as variáveis do estudo foi construída uma ficha de registo e dividida em duas partes. A primeira parte constituída pelos conjuntos A, B, C e a segunda pelo D.

A. Caracterização do utente através das seguintes variáveis:

Idade - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Sexo - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada.

Proveniência - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Crítérios de referenciação - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

B. Internamento:

Diagnóstico principal - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Diagnósticos principais - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Tempo de internamento (dias) - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Mini-Mental State - variável operacionalizada através de duas categorias: com défice cognitivo e sem défice cognitivo com a aplicação do MMSE (ver à frente).

Polimedicação - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada: maior ou igual que cinco ou menor que cinco medicamentos.

Presença de úlcera de pressão - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada: sim e não.

C. *Índice de Barthel e Escala de Morse (ver à frente)* instrumentos aplicados na admissão e no momento de alta do utente.

D. *Registo das quedas ocorridas* (de acordo com a folha de registo de quedas em uso na Unidade):

Número de quedas - variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Sinais vitais (Tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, saturação de oxigénio capilar periférica, glicemia capilar) – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Lugar da ocorrência – variável operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

Como se produziu – variável operacionalizada através de quatro categorias: sentado, para trás, para a frente, outros.

Causa – variável operacionalizada através de cinco categorias: perda de consciência, vertigem, perda de apoio, mal cálculo de distância, outros.

Medidas de apoio – variável operacionalizada através de duas categorias: medidas de apoio, outros.

Consequências – variável operacionalizada através de três categorias: nenhuma, ferida, fratura.

Necessidade de hospitalização - variável operacionalizada através de duas categorias: sim e não.

2.3.1.1 – Índice de Barthel

O Índice de Barthel é um instrumento, já validado para a população portuguesa, que avalia o grau de (in)dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária, tais como: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir,

controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas.

Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. (Sequeira, 2007)

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 dependência grave; 61-90 dependência moderada; 91-99 dependência ligeira e 100 Independência. (Azeredo & Matos, 2003)

Existem outras versões do Índice de Barthel como a de Sequeira (2007), que apresenta uma versão do Índice de Barthel, com uma redação dos itens ligeiramente diferente, mas avaliando conteúdo semelhante. No entanto os pontos de corte, referidos por este autor, são diferentes dos descritos acima: 90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente No entanto, é na versão de Azeredo e Matos (2003) que nos iremos basear, visto ser aquela que estava em uso na ULDM no hiato temporal durante o qual incidiu o estudo.

Esta escala tem sido amplamente utilizada com o objetivo de avaliar, monitorizar e quantificar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das atividades de vida diárias e é a adotada pela DGS.

2.3.1.2 – Escala de Morse

A escala de Morse é utilizada para avaliação do risco de quedas, já validade para a população portuguesa, que avalia o risco de quedas com base nos seguintes itens: historial de quedas, diagnóstico secundário, ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e na transferência e o estado mental. O objetivo das escalas de avaliação do risco de queda é triar de forma rápida as pessoas com risco, de forma a se implementarem estratégias que previnam danos ao utente. A pontuação total da escala de Morse varia entre 0 e 125 pontos e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda em:

sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51). (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014)

A prevalência de quedas dos utentes é um indicador de segurança a nível institucional e um indicador sensível aos cuidados de Enfermagem, uma vez que esta escala está desenhada para ser respondida por profissionais de Enfermagem.

2.3.1.3 – Escala Mini Mental State

O MMSE é um instrumento utilizado na avaliação da deterioração cognitiva, já validado para a população portuguesa.

Este teste possibilita uma avaliação breve do estado mental com base na aplicação de tarefas que se agrupam nas seguintes categorias: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Os resultados deste teste situam-se num intervalo de 0 a 30. Considera-se que a pessoa possui um défice cognitivo nas seguintes circunstâncias: analfabetos ≤ 15 pontos, 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos e com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos (Guerreiro, et al., 2007).

2.4 – Questões éticas

Toda e qualquer investigação realizada com seres humanos, levanta questões morais e éticas. Toda a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa. Antes de emprender um estudo, o investigador deve interrogar-se sobre os motivos que o conduziram a emprender a sua investigação, bem como as eventuais repercussões desta, na vida dos participantes (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

Foi previamente solicitada pelo autor, autorização ao senhor provedor da Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro. Uma vez concedidas as autorizações, o autor procedeu à recolha de dados através da análise processual individual do utente pós alta.

Durante todo o processo foram garantidos os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsínquia. O direito ao anonimato assim como à confidencialidade, foi assegurado através da codificação da ficha de registo dos dados, com o intuito da informação não poder ser associada a nenhum utente.

De toda a informação recolhida para a elaboração do estudo em questão, será mantido o anonimato dos utentes e a confidencialidade dos dados. Foram seguidos todos os procedimentos éticos normais neste tipo de investigações. Em nenhum momento foram registados os nomes dos utentes em bases de dados e recolhidas informações que não façam parte das variáveis em estudo.

2.5 – Procedimentos Estatísticos

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas (N) e relativas (%), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos), conseguida através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 19.0 para *Windows*.

Para percebermos se as diferenças eram estatisticamente significativas em algumas variáveis, foram igualmente utilizados o Qui quadrado e o teste de comparação de médias para duas amostras emparelhadas. Foi considerado como estatisticamente significativo um valor bicaudal de $p < 0,05$.

3 - Resultados

Estudaram-se 158 utentes dos quais a maioria (53,8%) eram homens. A idade variou dos 66 aos 101 anos para o total dos utentes, situando-se a média nos 81 ($\pm 6,5$ anos) (Tabela 1).

Tabela 1- Descritivas da idade dos utentes, por género e para o total da amostra

Género	N (%)	Média	DP	Valor mínimo	Valor máximo
Masculino	85 (53,8%)	80,91	6,313	66	96
Feminino	73 (46,2%)	81,73	6,711	68	101
Total	158 (100%)	81,28	6,492	66	101

DP= Desvio padrão.

Relativamente à proveniência dos utentes (Tabela 2) verifica-se que a Unidade Hospitalar de Bragança da ULSNE foi responsável pela referenciação de 45,6% dos casos. De referir que provieram do seu domicílio 39,2% dos utentes.

Tabela 2- Proveniência dos utentes

	N	%
Domicílio	62	39,2
ULSNE- Unidade Hospitalar de Bragança	72	45,6
ULSNE- Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros	8	5,1
ULSNE- Unidade Hospitalar de Mirandela	4	2,5
Unidade de Convalescença da ULSNE	7	4,4
Lar de idosos	5	3,2
Total	158	100

Quanto aos critérios de referenciação (Tabela 3) obteve-se como principal critério (31,6%) a *Gestão do regime terapêutico e reabilitação*. O *tratamento de feridas* foi responsável por 21,5% dos motivos de internamento na Unidade. O descanso do cuidador serviu como critério de referenciação em 18,4 % dos casos. A *reabilitação* foi evocada

em 13,9% dos casos. Os critérios menos prevalentes foram a *Manutenção de dispositivos e tratamento pós-cirúrgico* (0,6%) e o *Controlo da dor* (0,7%).

Tabela 3- Principais critérios de referenciação

	N	%
Gestão do regime terapêutico e reabilitação	50	31,6
Tratamento de feridas	34	21,5
Descanso do cuidador	29	18,4
Reabilitação	22	13,9
Gestão do regime terapêutico	10	6,3
Manutenção de dispositivos e gestão do regime terapêutico	9	5,7
Manutenção de dispositivos e reabilitação	2	1,3
Manutenção de dispositivos e tratamento pós-cirúrgico	1	0,6
Controlo da dor	1	0,6
Total	158	100

Observando os diagnósticos principais (Tabela 4), 51 casos (32,3%) tinham no AVC o diagnóstico principal. As úlceras de pressão (UP) constituíram diagnóstico principal em 8,9% dos idosos. A fratura do colo do fémur foi prevalente em 7,6 %.

Tabela 4- Diagnósticos principais da amostra

	N	%	% Acumulada
AVC	51	32,3	32,3
UP	14	8,9	41,1
Fratura do colo do fémur	12	7,6	48,7
Úlcera crónica da pele	9	5,7	54,4
Pneumonia	6	3,8	58,2
Fratura da bacia	4	2,5	60,8
IR	4	2,5	63,3
DM	3	1,9	65,2
Doença de Parkinson	3	1,9	67,1
ICC	3	1,9	69,0
Cardiopatía	2	1,3	70,3
Demência senil	2	1,3	71,5
Encefalite	2	1,3	72,8
Epilepsia	2	1,3	74,1
PTA	2	1,3	75,3
TCE	2	1,3	76,6
Úlcera varicosa	2	1,3	77,8
Alzheimer	1	0,6	78,5
Anemia	1	0,6	79,1
Artropatias	1	0,6	79,7
Choque séptico	1	0,6	80,4
Outros diagnósticos	31	19,6	100
Total	158	100	

Nos diagnósticos secundários destacamos a presença de Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) e o AVC (Acidente Vascular Cerebral) patologias que acumularam 50% dos diagnósticos secundários (Tabela 5).

Tabela 5- Diagnósticos secundários da amostra

	N	%	% Acumulada
HTA	39	24,7	24,7
DM	29	18,4	43,0
AVC	12	7,6	50,6
ICC	10	6,3	57,0
DPOC	7	4,4	61,4
EAM	6	3,8	65,2
Epilepsia	6	3,8	69,0
FA	5	3,2	72,2
Doença de Parkinson	4	2,5	74,7
UP	4	2,5	77,2
IR	3	1,9	79,1
PTA	3	1,9	81,0
Outros diagnósticos secundários	30	19,0	100,0
Total	158	100,0	

HTA= Hipertensão Arterial; DM= Diabetes Mellitus; AVC= Acidente Vascular Cerebral; ICC= Insuficiência Cardíaca Congestiva; EAM= Enfarte Agudo do Miocárdio; FA= Fibrilhação Auricular; UP= Úlcera de Pressão; IR= Insuficiência Renal; PTA= Prótese Total da Anca.

O tempo de permanência mais frequente foram 60 dias contudo, a média foi de 140.2 portanto com desvio temporal acrescido (Tabela 6).

Tabela 6- Estatísticas descritivas para a variável *dias de internamento*

		Estatísticas (dias de internamento)
	Média	140,2
	Mediana	60
	Variância	32631,6
Dias de internamento	Desvio padrão	180,642
	Valor mínimo	5
	Valor máximo	1019
	Amplitude	1014

Nos gráficos seguintes apresentam-se as estatísticas descritivas obtidas para o MMSE. Os utentes obtiveram uma pontuação média de 17,15 ($\pm 6,29$ pontos) na escala (Figura 1).

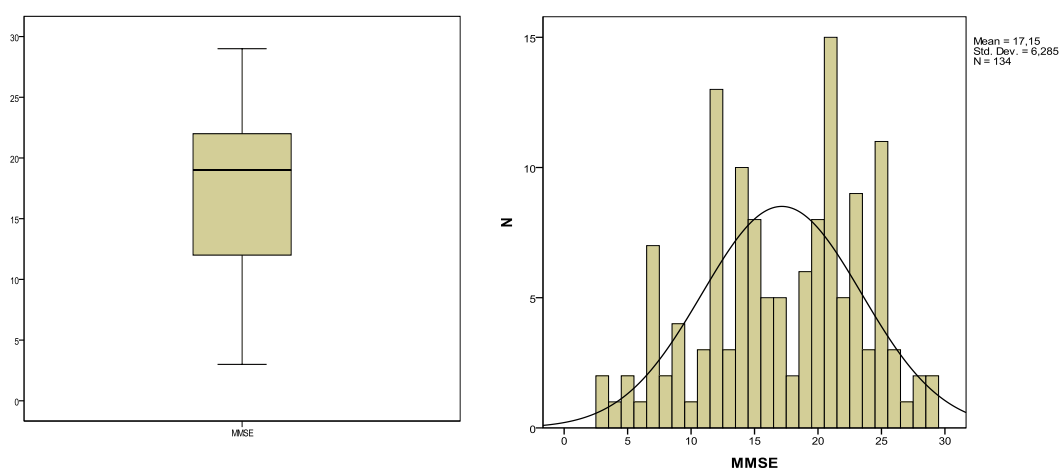


Gráfico 1- Valores obtidos para o MMSE (*caixa de bigodes e histograma*)

Em 24 utentes não foi possível aplicar a MMSE [por afasia (n=21); por agressividade (n=1); por cegueira (n=1) e por surdez (n=1)]. Apresentavam défice cognitivo 42,5% dos utentes estudados (Tabela 7).

Tabela 7- Déficit cognitivo avaliado a partir da MMSE

	N	%	% Válida
Com défice cognitivo	57	36,1	42,5
Sem défice cognitivo	77	48,7	57,5
Impossível aplicar MMSE	24	15,2	
Total	158	100	100

Conforme se denota pelo gráfico seguinte (figura 2), verificou-se que os utentes com défice cognitivo (n=57) caíram, em média, 2,8 vezes contra 1,5 quedas nos utentes sem défice cognitivo.

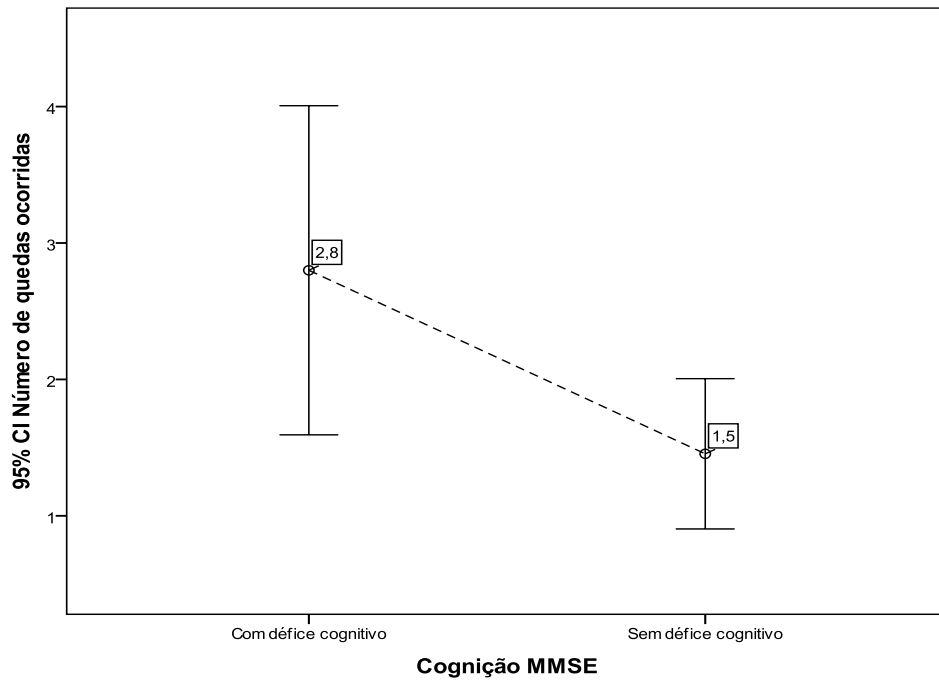


Gráfico 2- Número médio de quedas ocorridas entre os utentes com défice cognitivo e sem défice cognitivo

As maiorias dos utentes (87%) apresentavam-se polimedicados (Figura 3).

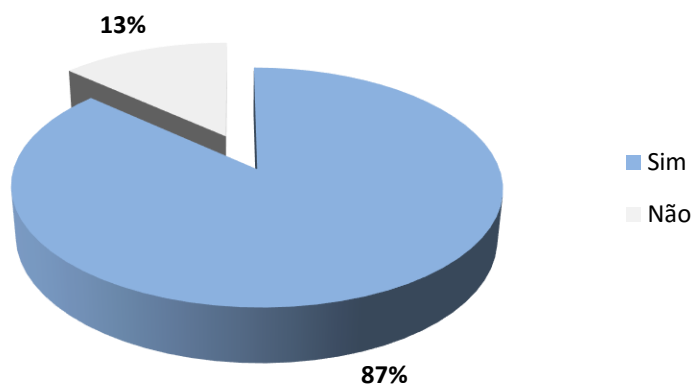


Gráfico 3- Utentes polimedicados

A maioria dos utentes (72%) apresentava úlceras de pressão (Figura 4).

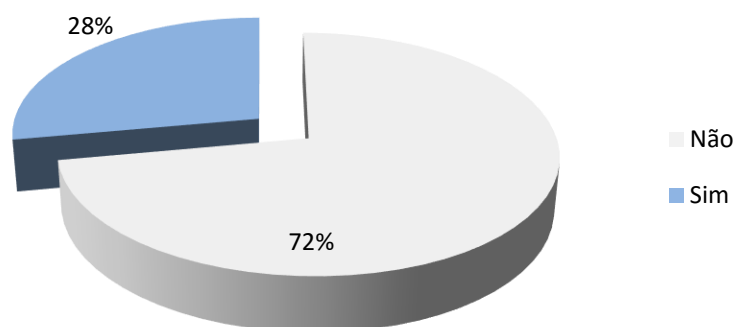


Gráfico 4- Presença de úlceras de pressão

Nas tabelas seguintes apresentam-se os utentes distribuídos pelas categorias do Índice de Barthel. Verifica-se que, aquando da admissão na Unidade, a grande maioria eram totalmente dependentes (66,5%) e não existiam casos de independência total (Tabela 8).

Tabela 8- Classificação dos utentes no Índice de Barthel, aquando da entrada na Unidade

	N	%
Totalmente dependente	105	66,5
Moderadamente dependente	23	14,6
Severamente dependente	22	13,9
Ligeiramente dependente	8	5,1
Independente	-	-
Total	158	100

Aquando da alta a percentagem de doentes totalmente dependentes diminuiu para 46,8% e já se verificaram casos de independência total (n=8) (Tabela 9).

Tabela 9- Classificação dos utentes no Índice de Barthel, aquando da alta da Unidade

	N	%
Totalmente dependente	74	46,8
Moderadamente dependente	27	17,1
Severamente dependente	26	16,5
Ligeiramente dependente	23	14,6
Independente	8	5,1
Total	158	100

Pelo teste Qui-quadrado ($\chi^2= 89,84$; $p=0,000$), concluímos que as variáveis estão relacionadas, sendo o sentido da relação o da maior independência dos utentes aquando da alta da Unidade como se pode constatar pela Figura 5.

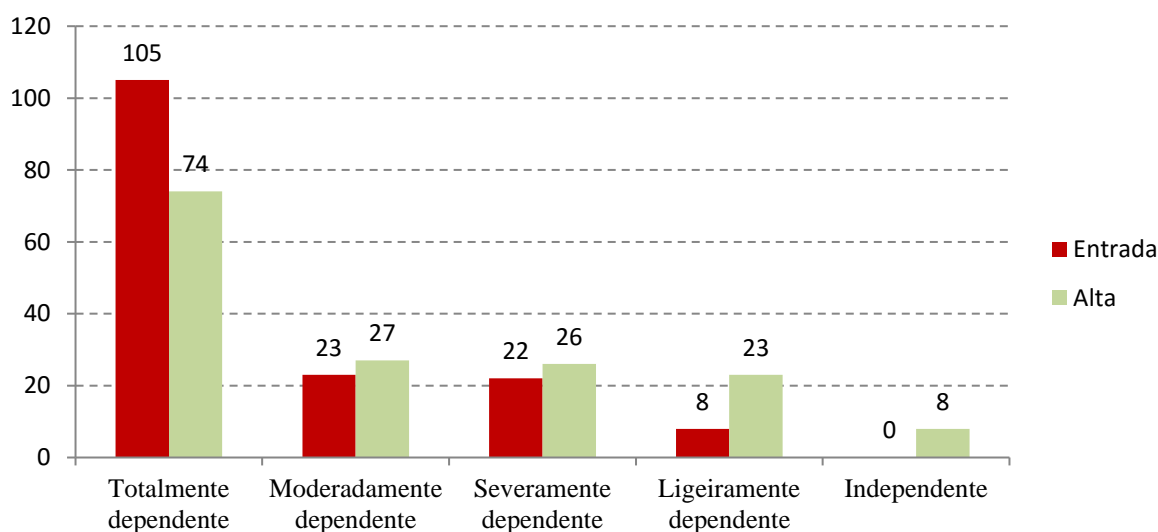


Gráfico 5- Comparação no Índice de Barthel (à entrada e à alta da Unidade)

No gráfico seguinte está representada a percentagem de utentes que sofreram pelo menos uma queda durante o internamento. Encontrámos uma prevalência de quedas de 14% (Figura 6).

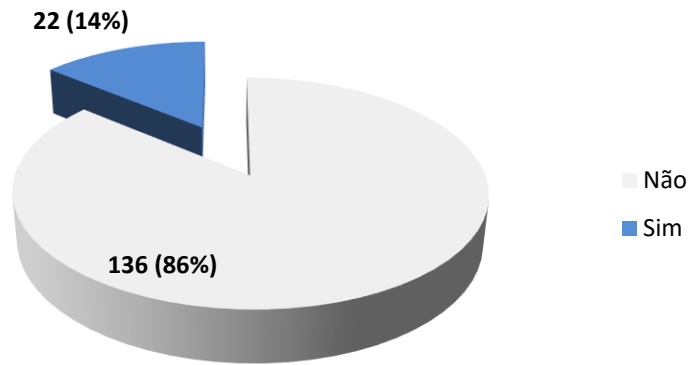


Gráfico 6- Utentes que caíram durante o internamento

A figura 7 apresenta os valores médios obtidos na Escala de Morse para os momentos “admissão”, “alta”, bem como os valores de p obtidos no teste de comparação de médias para duas amostras emparelhadas. As diferenças encontradas vão no sentido das pontuações médias na Escala de Morse terem aumentado desde a admissão ao momento da alta (41,39 *versus* 47,18), com significado estatístico ($p=0,000$).

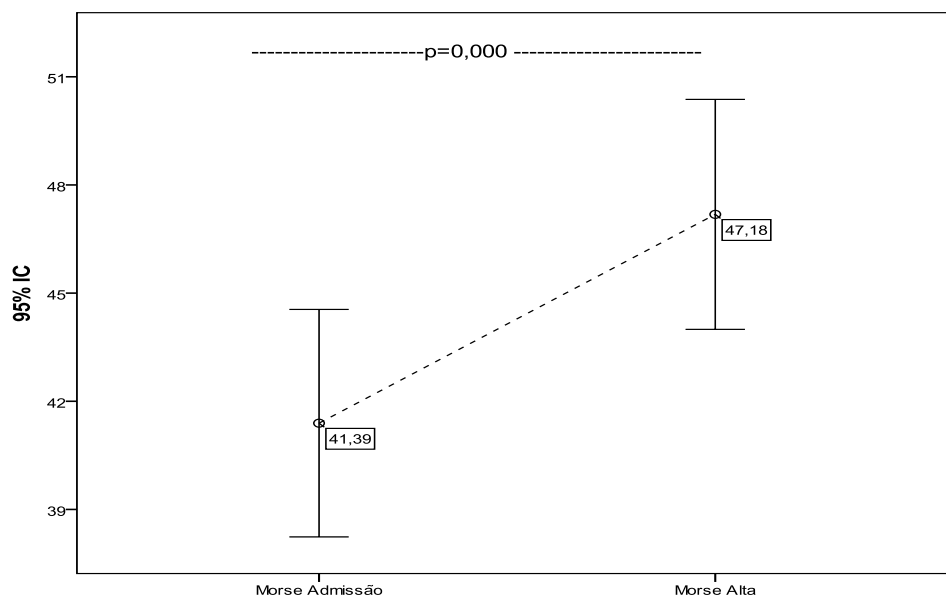


Gráfico 7- Médias e intervalos de confiança para as médias obtidas na Escala de Morse na admissão e alta dos utentes

Pelo teste do Qui-quadrado (Figura 8) verifica-se igualmente uma associação entre as variáveis no sentido de um maior risco de quedas aquando da alta ($\chi^2= 83,99$; $p=0,000$).

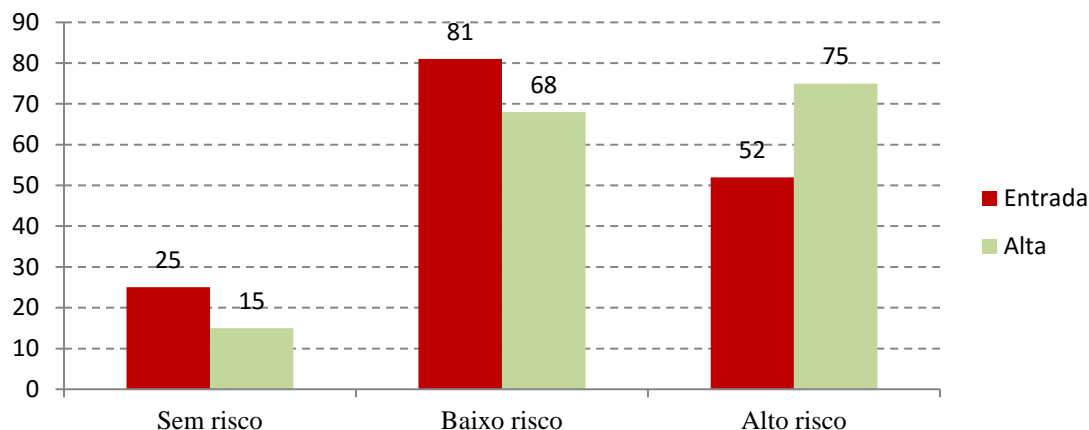


Gráfico 8- Comparação na Escala de Morse à entrada e alta da unidade

Na tabela 10 apresenta-se o número de quedas ocorridas com percentagens calculadas em função do total da amostra e tendo em conta os utentes que caíram. Caíram uma vez 11 utentes; 4, 4 vezes; 3 tiveram duas e três quedas; um utente caiu seis vezes.

Tabela 10- Número de quedas ocorridas

		N	%*	% Válida**	% Acumulada
Nº de quedas	1	11	7,0	50,0	50,0
	4	4	2,5	18,2	68,2
	2	3	1,9	13,6	81,8
	3	3	1,9	13,6	95,5
	6	1	0,6	4,5	100,0
Total		22	13,9	100,0	
Sem história de queda		136	86,1		
Total		158	100,0		

*Percentagem calculada em função do total da amostra; **Percentagem calculada em função dos utentes que tiveram queda (n=22)

Registamos assim a ocorrência de 48 quedas, nas quais se avaliaram alguns parâmetros clínicos cujos valores médios se apresentam na tabela seguinte e se poderão considerar dentro da normalidade (Tabela 11).

Tabela 11- Variáveis clínicas registradas após as quedas

	N	M±DP
PAS (mmHg)	48	127,7±18,9
PAD (mmHg)	48	78,2±13,9
FC (ppm)	48	71,8±13,5
Temp (°C)	48	36,1±0,2
FR (cpm)	48	18,4±1,3
SpO2 (%)	48	95,4±2,7
Glicémia (mg/dL)	48	116,2±38,7

PAS= Pressão Arterial Sistólica; PAD= Pressão Arterial Diastólica; mmHg= Milímetros de Mercúrio; FC= Frequência Cardíaca; ppm= Pulsações por minuto; Temp= Temperatura; °C= Graus Célcios; FR= Frequência Respiratória; cpm= Ciclos por minuto; SpO2= Saturação periférica de Oxigênio; mg/dL= Miligramas por decilitro.

Na figura 9 apresentamos os casos de quedas (n=48) distribuídos pelos locais onde as mesmas ocorreram. Assim, o quarto (n=18) foi o local onde mais quedas aconteceram, seguido pelo WC (n=11), a sala de convívio (n=7) e o corredor (n=6).

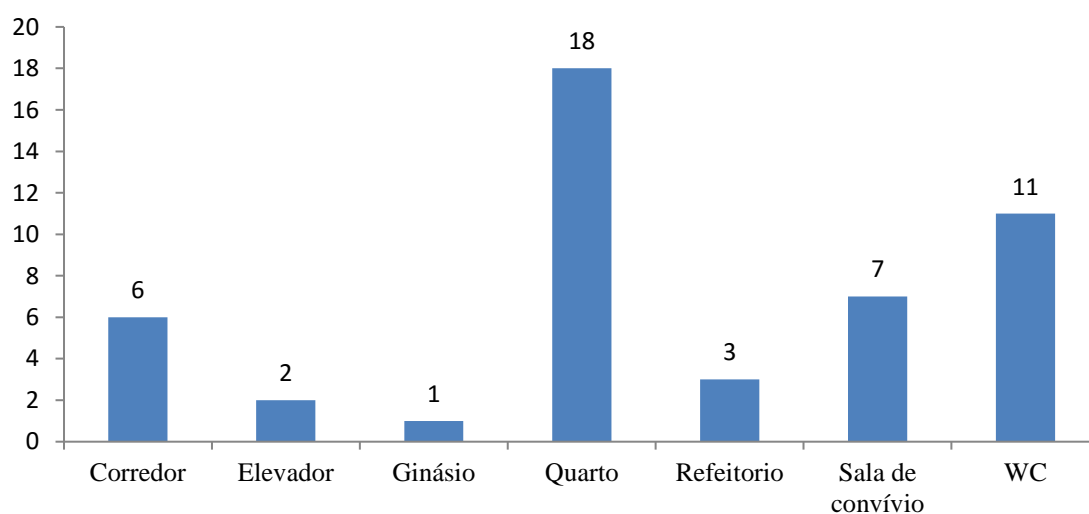


Gráfico 9- Local onde ocorreram as quedas

Quanto ao modo como aconteceu a queda, verifica-se que a mesma ocorreu a partir da posição de sentado (n=17); em 12 casos ocorreu para a posição posterior; em 10 casos para posição anterior (n=10); e 9 quedas aconteceram do leito para o chão (Figura 10).

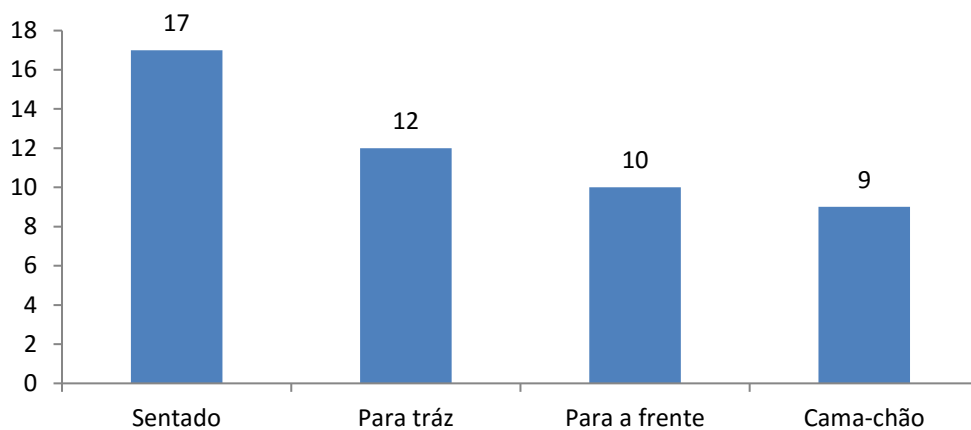


Gráfico 10- Modo como ocorreu a queda

As 48 quedas registadas (Figura 11) ocorreram por perda de apoio (n=23), agitação/ desorientação (n=15), perda de consciência (n=4), vertigem (n=2), mal cálculo da distância (n=2) e piso molhado (n=2).

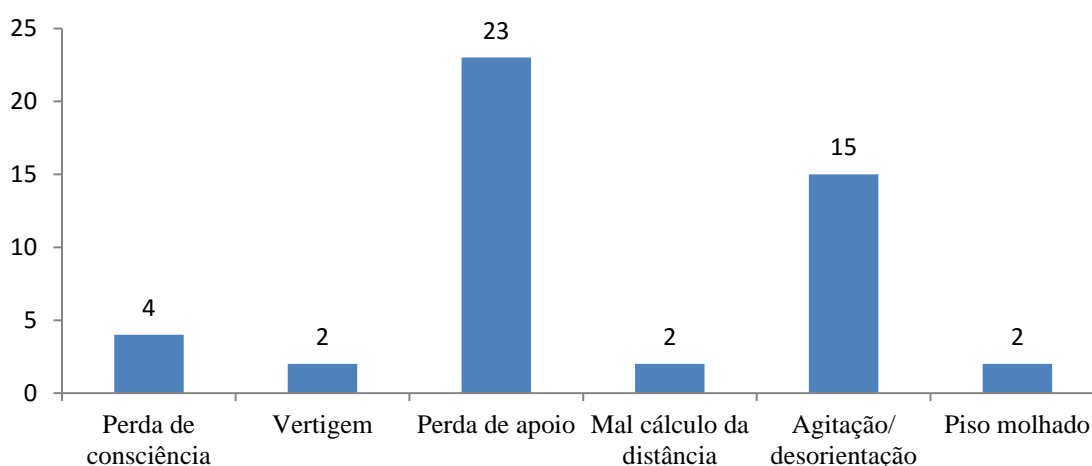


Gráfico 11- Causas das quedas

As medidas de prevenção estipuladas/aplicadas (Figura 12) foram medidas de apoio (33): contenção (5); ensino da marcha (1); ensinos (6); gestão terapêutica (2); supervisão (1).

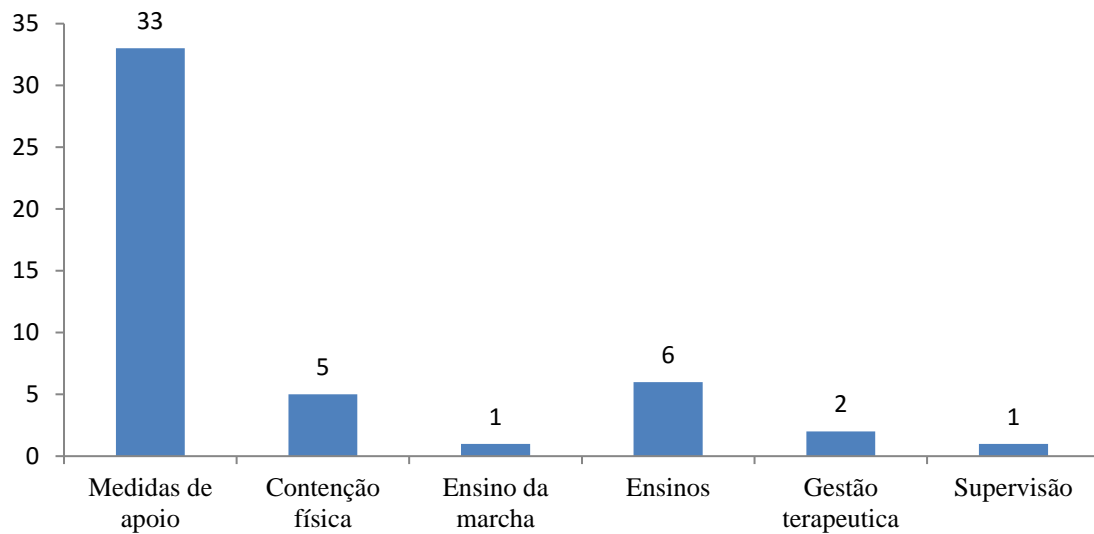


Gráfico 12- Medidas de prevenção

Das 48 quedas ocorridas (figura 13), 29 não tiveram qualquer consequência (60,4%), 17 resultaram em feridas (35,4%), numa queda houve fratura do colo do fêmur (2,08%) e numa outra luxação do ombro (2,08%).

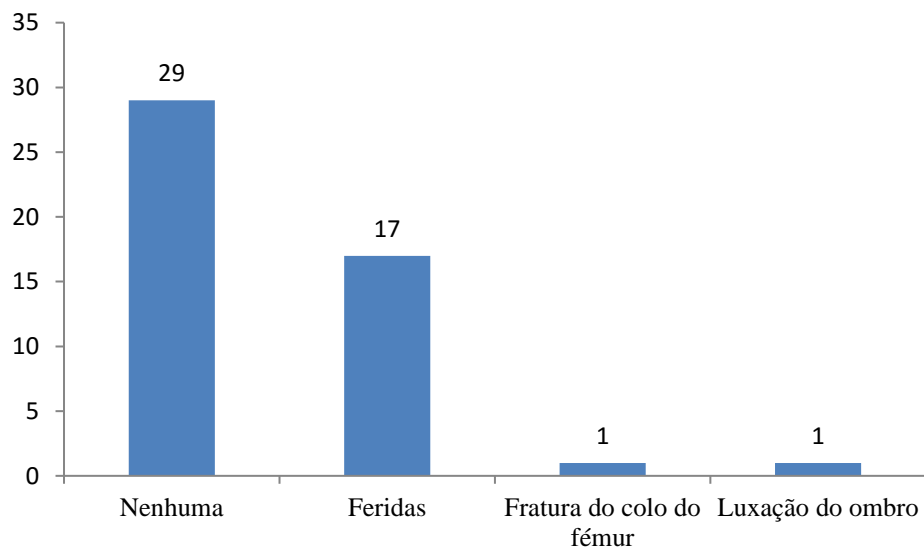


Gráfico 13- Consequências das quedas

Do total de quedas (n=48) houve necessidade de hospitalização em 6 casos ou seja 12,5% (Figura 14).

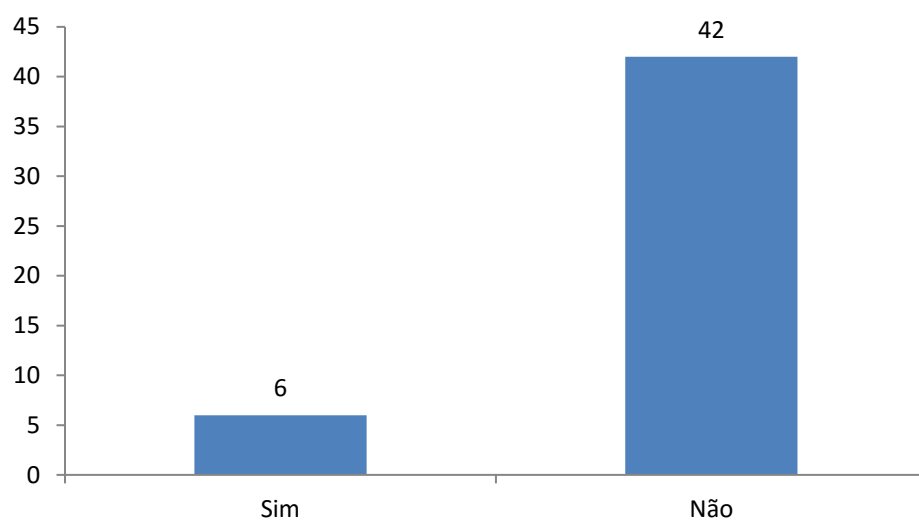


Gráfico 14- As quedas resultaram em hospitalização

4 - Discussão dos resultados

Em relação à amostra em estudo a média de idades que obtivemos foi de 81 anos. Assim podemos associá-la a uma esperança média de vida elevada, o que estará de acordo com o registado para a população portuguesa confrontando com os dados da Pordata, que em 2013 refere uma esperança média de vida total, situada nos 80,2 anos. Sendo este um ponto positivo não podemos descurar que a equipa multidisciplinar e as infraestruturas em saúde devem estar cada vez mais direcionadas para esta realidade, de modo a superar uma das falhas apontadas por Gomes et al (2014).

A literatura sugere que o aumento do risco de cair está associado à idade e aos processos de institucionalização. Tendo uma amostra populacional com idade avançada e institucionalizada como aquela que estudámos, sabemos que teremos mais indivíduos com problemas de sedentarismo e incapacidade funcional, fatores que podem triplicar o risco de cair (Gomes, Marques, Leal, & Barros, 2014).

A principal proveniência dos utentes foi a ULSNE-Unidade Hospitalar de Bragança o que poderá ser justificado por ser este o principal hospital de referência da instituição estudada. Seguidamente surge o domicílio, relevância que decorrerá por um dos objetivos e propósitos da Rede Nacional de Cuidados Continuados, ser o descanso do cuidador.

A média dos dias de internamento foi de 140,2, este valor encontra-se dentro dos parâmetros preconizados pela RNCCI para ULDM, que se encontram entre 90 a 180 dias.

Quanto à prevalência de quedas a que chegámos neste estudo (14%) revela-se superior quando comparada com a prevalência obtida (8,7%) num estudo realizado na Austrália por Basic & Hartweel (2015). A nossa prevalência foi também superior se compararmos com um estudo, em contexto hospitalar, realizado em Portugal, em 2014, que obteve 0,55% (Costa-Dias M. J., 2014).

O aumento do risco de quedas com significado estatístico aquando da alta, avaliado pela Escala de Morse, faz apelo a uma referenciação cuidada e a um ensino personalizado pelos profissionais de Enfermagem.

Dos principais critérios referenciação destacam-se a gestão do regime terapêutico e a reabilitação. A gestão do regime terapêutico é de extrema importância principalmente se

tivermos em conta que no presente estudo 87% de utentes se encontravam polimedicados. Isto poderá alertar-nos para uma população com risco de queda, pois como refere Ziery et al (2005), o número de quedas aumenta com o número de medicamentos usados diariamente. Já Lawlor et al (2003) evidenciaram que o risco de quedas aumenta 50% devido ao uso de medicação que atua ao nível do Sistema Nervoso Central.

Outros dos dados de relevo que obtivemos foram os registos dos diagnósticos principais e secundários presentes na amostra. Destacaram-se o AVC e a HTA, respetivamente. Quanto ao AVC, Costa et al (2010) referem que as sequelas derivadas da doença representam os principais fatores de risco para a ocorrência de quedas. Já no caso da HTA, Lawlor et al (2003) concluíram que a prevalência de quedas aumenta associada ao número de doenças crónicas.

Os resultados obtidos em relação ao MMSE foram os esperados, já que a American Geriatrics Society (2001) refere que função cognitiva e o equilíbrio se encontram interligados. No nosso estudo verificou-se que os utentes com défice cognitivo sofreram, em média, quase o dobro de quedas que os utentes sem défice cognitivo, constituindo-se como uma variável preditora do número de quedas ocorridas durante o internamento.

Concluimos que a percentagem de doentes com dependência total diminuiu entre a admissão e alta da unidade; existindo 8 casos de total independência aquando da alta, um indicador relevante em termos de ganhos em saúde. Porém o risco de quedas, como já vimos anteriormente, aumentou aquando da alta o que poderá ser explicado com a diminuição da dependência do utente a nível da deambulação. Isto porque, quando o utente não fica totalmente independente na deambulação, por apresentar desequilíbrio fácil e/ou défice de marcha, necessita de auxiliares de marcha ou apoio de terceiros.

Os espaços físicos onde ocorreram mais quedas foram o quarto e a casa de banho, em concordância com o relatado por Costa-Dias (2014).

O modo como ocorreu queda mais prevalente foi a partir da posição de sentado seguindo-se a posição posterior. A causa mais frequente foi a perda de apoio, pelo que as quedas são essencialmente do tipo accidental. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Lojudice et al (2010) que refere que a perda de apoio é uma das principais causas extrínsecas que levam à ocorrência de quedas. A segunda causa mais frequente de quedas foi a agitação/desorientação e a perda da consciência, o que vai de encontro com o que

Menezes & Bachion (2008) referem no seu estudo, apontando as alterações cognitivas e psicocomportamentais como fatores predisponentes à ocorrência de quedas.

Nos utentes que sofreram quedas não se registaram, maioritariamente, danos físicos após as mesmas (60,4%). Nos casos em que isso foi verificado obtivemos 35,4% de lesões traumáticas (nomeadamente hematomas e feridas) percentagem superior à relatada por Basic e Hartweell (2015). As fraturas e luxações do ombro após queda foram também superiores às obtidas por Basic e Hartweell (2015).

Do total das quedas ocorridas, 12,5% dos utentes necessitaram de hospitalização diferenciada, o que vem confirmar indicadores disponibilizados pela OMS (2007) que referem percentagens entre 10% a 15%.

Relativamente à prevenção: as causas das quedas e as medidas de prevenção instituídas devem ter contínua monitorização. Atenção especial de adequação, nomeadamente de controlo e vigilância, deverá ser dada às medidas de apoio, aos ensinamentos, à contenção física (tipo, duração, alternativas) e à gestão terapêutica. Como refere Miranda et al (2010) a ocorrência de quedas pode ser prevenida através de cuidados simples como a promoção da saúde, revisão terapêutica, promoção da segurança e intervenções multidisciplinares.

Uma das medidas de contenção frequentemente utilizada é a elevação das grades da cama. No entanto, com refere a NPSA (2007) esta medida não deveria ser utilizada em utentes com historial de quedas. Em substituição poderia ser usado o pijama geriátrico.

5 – Conclusão

Nas organizações de saúde a segurança do doente tem-se tornado uma preocupação crescente, sendo considerada um ponto importantíssimo em todo o processo do cuidar, pois esta questão faz também a diferença na imagem de qualidade de cada serviço e/ou instituição. As quedas e as consequências que dela podem advir são uma preocupação de qualquer gestor em saúde, pois além do sofrimento, limitações e alterações físicas e/ou cognitivas que podem causar no utente são também uma das causas de mais gastos em saúde que poderão ser evitados através da prevenção. Assim as organizações de saúde tendo em vista a população que atendem e as suas estruturas devem avaliar o risco de quedas e estabelecer planos de intervenção para diminuir esse risco e as lesões por elas causadas.

A identificação dos riscos e dos utentes com risco elevado de quedas ajuda os enfermeiros a definirem intervenções para os que mais podem beneficiar delas e a utilizar de forma mais eficiente os recursos disponíveis. Assim a avaliação da pessoa deve incluir o histórico de quedas, a presença ou não de polimedicação, alterações da capacidade cognitiva, avaliação da marcha e equilíbrio, entre outros.

Como sugestões na temática em estudo recomendamos a informatização da folha de quedas da ULDM Santa Maria Maior para que a monitorização de causas e consequências seja de mais fácil acesso, reavaliando e ajustando de forma mais eficaz as medidas preventivas. É necessário um levantamento e registo de todos os componentes para restrição física da mobilidade, e avaliar se estão a ser corretamente usados. Deverá haver um aumento da formação/sensibilização dos profissionais de saúde, criação de folhetos informativos e educação para a saúde dirigidos a utentes e cuidadores.

Poderá ser sugerido à RNCCI a uniformização da recolha de dados das quedas para ser facilitada a realização e comparação de estudos futuros nesta área.

Assim, neste estudo os objetivos foram alcançados embora, os resultados sejam um princípio circunscritos à amostra, poderão os mesmos estabelecer-se como ponto de comparação para estudos similares. Os resultados aos quais chegamos com este estudo, respondendo aos objetivos a que nos propusemos são de grande valia para a prática de cuidados de enfermagem, nomeadamente ao nível da prevenção. Pois a identificação dos

principais fatores de risco para a ocorrência de quedas, proporciona aos profissionais um conhecimento essencial na adequação das suas práticas diárias, desde os cuidados prestados aos ensinados ministrados aos utentes para evitar as quedas. Este estudo contribuiu também como um alerta para as consequências que as quedas podem originar na vida do utente, principalmente ao nível da sua autonomia, levando muitas vezes a limitações permanentes no utente, quer físicas quer psicológicas. Assim, a ocorrência de quedas nos idosos são um fenómeno importante ao qual os profissionais de saúde devem estar atentos pois podem levar à morte.

Queremos pensar que, com este estudo, conseguimos dar um importante contributo para que melhor seja avaliado este ambiente complexo e amplo das quedas nos idosos, para que, conseqüentemente, sejam ministrados mais e melhores cuidados de saúde, seguindo o caminho da excelência.

À Instituição envolvida dar-se-á conhecimento deste estudo, seja com dever, seja como diagnóstico de chegada para melhoria do futuro.

Uma das limitações encontradas foi o facto de haver pouca investigação similar, para podermos comparar, realizada nesta área, em Portugal, consequência da recente existência da RNCCI.

Relativamente às dificuldades sentidas a realização deste estudo podemos referir a demora e a sobrecarga de trabalho durante o processo de recolha de dados, isto porque os mesmos foram obtidos através da consulta aos processos físicos de cada utente. A recolha de dados foi realizada a partir de processos físicos por a Rede Nacional de Cuidados Continuados ser demorada a dar autorização para a recolha de dados informatizados através do programa específico utilizado nas Unidades de Cuidados Continuados. Mas também, porque este programa não inclui o registo das quedas ocorridas de forma pormenorizada, limitando-se apenas ao registo da sua ocorrência, ou não, desde a última avaliação efetuada.

6 - Referências Bibliográficas

- Álvares, L., Lima, R., & Silva, R. (2010). Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 26(1), 31-40.
- American Geriatrics Society, B. G. (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Person. *J Am Geriatr Soc*.
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 59-66.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 4, 199-204.
- Basic, D., & Hartwell, T. (2015). Falls in hospital and new placement in a nursing home among older people hospitalized with acute illness. *Dovepress- Clinical Interventions in Aging*, 1637-1643.
- Bentes, A., Pedroso, J., & Maciel, C. (2012). O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia*, 38-39, 196-205.
- Bloch, F., Thibaud, M., Dugué, B., Brègue, C., Rigaud, A. S., & Kemoun, G. (Sep. de 2010). Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic pre-disposing characteristics. *Clinics*, 65(9), 895-903.
- Bongaarts, F. (27 de Outubro de 2009). Human population growth and the demographic transition. *Philosophical Transactions of the Royal Society Lond B: Biological Sciences*, 364 (1532), 2985-2990.
- Buksman, S., S., V. A., Pereira, S. R., Lino, V. S., & Santos, V. H. (2008). *Quedas em Idosos: Prevenção*. Projeto Diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

- Carvalho, M. L., & Siqueira, F. (2011). Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16(6), 2945-2952.
- Costa, A., Oliveira, A., Moreira, R., Cavalcante, T., & Araujo, T. (2010). Identificação do Risco de Quedas em Idosos após Acidente Vascular Encefálico. *Esc. Anna Nery*, 684-689.
- Costa-Dias, M. J. (2014). *Quedas em Contexto Hospitalar: Fatores de Risco*. Universidade Católica Portuguesa.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (mai./jun. de 2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 7-17.
- Cunha, F., Cintra, M., Cunha, L., Couto, É., & Giacomin, K. (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 475-487.
- Decreto de Lei 101/06 de 6 de Junho, Diário da República nº 109, I Série-A. (2006). *Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal*.
- DGS. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Eurosafe. (06 de Junho de 2013). *Injuries in the European Union: Summary of Injuries Statistics for the Years 2008-2010*, Eurosafe, Amsterdam. Obtido de http://ec.europa.eu/health/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf.
- Fabício, S., Rodrigues, R., & Junior, M. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*, 38(1), 93-99.
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010). Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-997.
- Fonad, E., B., W. T., Winblad, B., Emami, A., & Sandmark, H. (Janeiro de 2008). Falls and fall risk among nursing home residents. *J Clin Nurs*, 17 (1), 126-134.

- Fonda, D., Cook, J., Sandler, V., & Bailey, M. (2006). Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital. *Med J Aust*, 184 (8), 379-382.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta - Soc. Porto de Material Didático, Lda.
- Freitas, R., Santos, S., Hammerschmidt, K., Silva, M., & Pelzer, M. (2011). Cuidados de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de enfermagem*, 64(3), 478-485.
- Gomes, E., Marques, A., Leal, M., & Barros, B. (2014). Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, & Garcia, C. (2007). *Avaliação breve do estado mental. Organização e Aferição. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). Escalas e testes na Demência*. Lisboa: Novartis.
- Haines, T. P., Bennell, K. L., Osborne, R. H., & Hill, K. D. (2004). Effectiveness of target falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. *BMJ*, 328(7441), 1-6.
- Healey, F., & Scobie, S. (2007). Slips, trips and falls in hospital. *Patient Safety Observatory*, 3rd report.
- INE. (s.d.). Obtido em 01 de 10 de 2013, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- INE. (2011). Censos 2011: XV Recenseamento Geral da População. (INE, Ed.) *Censos*.
- INE. (10 de Julho de 2014). Dia Mundial da População. *Destaque - Informação à comunicação social*, 1-10.
- Jahana, K., & Diogo, M. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 148-153.
- Lawlor, D., Patel, R., & Ebrahim, S. (2003). Association between in elderly women and chronic diseases and drug use: cross sectional study. *BMJ*, 327, 712-717.

- Lojudice, D., Laprega, M., Rodrigues, R., & Júnior, A. (2010). Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 403-412.
- Lopes, R., & Dias, R. (2010). O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos. *ConScientiae Saúde*, 504-509.
- Lord, S., Sherrington, C., Menz, H., & Close, J. (2007). *Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Machado, T., Oliveira, J., Costa, F., & Araújo, T. (Março de 2009). Avaliação da presença de risco para idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(1), 32-8.
- Menezes, R., & Bachion, M. (2008). Estudo de presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1209-1218.
- Miranda, R., Mota, V., & Borges, M. (Julho/Agosto de 2010). Quedas em Idosos: Identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Revista de Enfermagem Integrada*, V3 N1, 453-464.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patients Falls: establishing a fall intervention program*. Springer Publishing Company, 2nd ed.
- NPSA. (2007). *National Patient Safety Agency: Resources for reviewing or developing a bed rail policy*. UK: London: NHS.
- OMS. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Pina, S. M., Saraiva, D., Vaz, I., Ramalhinho, J., Ferreira, L., & Batista, P. (2010). Quedas em meio hospitalar. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 36, 27-29.
- Pinho, T., Silva, A., Tura, L., Moreira, M., Gurgel, S., Smith, A., & Bezerra, B. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46(2), 320-327.

- Pordata. (8 de Dezembro de 2015). *PORDATA Base de dados Portugal contemporâneo*.
Obtido de PORDATA:
<http://www.pordata.pt/Municipos/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia de Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico* (2ª ed. ed.). Novo Hamburgo: Editora Feevale.
- Ribeiro, F., Gomes, S., Teixeira, F., Brochado, G., & Oliveira, J. (2009). Impacto da prática regular de exercício físico no equilíbrio, mobilidade funcional e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9 (1), 36-42.
- Ricci, N., Gazzola, J., & Coimbra, I. (2009). Sistemas sensoriais no equilíbrio corporal de idosos. *Arq Bras Ciências da Saúde*, 34 (2), 94-100.
- Rodrigues, I., Fraga, G., & Barros, M. (2014). Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiologia*, 705-718.
- Rosa, T., Benicio, M., Latorre, M., & Ramos, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Rubenstein, L. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35-S2: ii37-ii41.
- Rubenstein, L. Z., Josephson, R. K., & Robbins, A. (15 de Setembro de 1994). Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*, 121 (6), 442-451.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Stenvall, M., Olofsson, B., Lundström, M., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., & Gustafson, Y. (2007). A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporos Int.*, 18 (2), 167-175.
- Ziere, G., Dieleman, J., Hofman, A., Pols, H., TJM., v. d., & Stricker, B. (2005). Polypharmacy and fall in the middle age and elderly population. *BR J Clin Pharmacol*, 61 (2), 218-223.

Anexos