

RAFAEL JOSÉ GONÇALVES DOS SANTOS

“Quedas nos idosos”.

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima,
2007/2008

RAFAEL JOSÉ GONÇALVES DOS SANTOS

“Quedas nos idosos”.

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima,
2007/2008

RAFAEL JOSÉ GONÇALVES DOS SANTOS.

QUAIS OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A QUEDA NOS IDOSOS.

A atestar a veracidade/originalidade do trabalho

RAFAEL JOSÉ GONÇALVES DOS SANTOS

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciado em
Enfermagem.

SUMÁRIO

A queda é um das principais causas de hospitalização, é uma consequência, da falência das reacções de correcção do equilíbrio, incapazes de contrair o que é tendência natural na posição erecta por acção da gravidade, é responsável por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais. A queda nos idosos tem vindo a aumentar em todo o mundo de forma exponencial, será necessário actuar rapidamente para que desta forma se obtenham ganhos em saúde, para tal seria necessário o apoio e colaboração de todos profissionais de saúde. As quedas são as principais causas da síndrome de imobilidade, originando assim a síndrome de dependência.

O presente estudo surgiu com a finalidade de identificar quais os factores que influenciam as quedas dos idosos e saber se existe algum elo de ligação entre as quedas e as: barreiras arquitectónicas, a idade, as doenças e a polimedicação. Para que a sua prevenção, seja possível cada vez mais precocemente intervir no combate à queda nos idosos.

De forma a dar resposta aos objectivos delineados para o estudo, se optou por um tipo de estudo correlacional, foi colhida informação sob a forma de entrevista semi-estruturada e posteriormente, efectuada a respectiva análise através do *Statistical Package for Social Sciences*, versão 15. Este facto, se deve à necessidade de interpretar, de forma absoluta e ampla o fenómeno em estudo, observando, descrevendo e interpretando, quer o ambiente, quer o fenómeno, tal como se apresentam. A amostra deste estudo corresponde a 100 idosos que moram numa freguesia em Ponte da Barca, tendo sido efectuada a colheita de dados de forma aleatória.

Como forma de conclusão, foi possível ao autor, verificar que as barreiras arquitectónicas influenciam as quedas nos idosos e que a idade, as doenças e a polimedicação não influenciam as quedas.

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho em primeiro lugar, aos meus pais, por tudo o que fizeram por mim, ao longo de todas as suas vidas. Agradeço por todo o amor, pela força, e amparo que esteve sempre presente nas nossas vidas!

Aos meus irmão, por todo o apoio e coragem que me deram ao longo do meu percurso.

A Eugenia Vasconcelos, por todo o seu amor, apoio, e confiança, por me ter ajudado sempre, estando sempre ao meu lado!

Ao meus avós que sempre me apoiaram!

Ao Bandit, que apesar de já não estar entre nós, contribui muito para a minha evolução como pessoa, e como futura profissional de enfermagem, pois através dele compreendi e vivi a dimensão do cuidar, o pilar da enfermagem.

AGRADECIMENTOS

À EXCELENTÍSSIMA PROFESSORA DOUTORA MESTRE MARIA DOLORES, PELA SUA
DISPONIBILIDADE, AJUDA E DEDICAÇÃO QUE ME DEU AO LONGO DA EXECUÇÃO DESTA
MONOGRAFIA.

À DONA ROSA E O SR. CARLOS, POR TODA A SUA ATENÇÃO, DISPONIBILIDADE E TODA A FORÇA
QUE ME DERAM AO LONGO DO MEU PERCURSO ACADÉMICO.

À DR.^a CIDÁLIA FERNANDES, POR TODA A SUA BONDADE, POR TODA A ATENÇÃO E
DISPONIBILIDADE QUE ME DISPENSOU AO LONGO DO MEU PERCURSO ACADÉMICO.

A MINHA MADRINHA ELSA SOARES, POR TODO O APOIO QUE ME DEU.

AS MINHAS AFILHADAS, POR TODO O AUXÍLIO QUE ME DERAM.

Índice

I – Introdução	13
II – Contextualização.....	16
1 – Exposição conceptual	16
1.1 – Tema	16
1.2 – Pergunta de partida	16
1.3 – Conceitos: idoso, velhice, envelhecimento e gerontologia.....	16
1.4 - Alterações fisiológicas no processo de envelhecimento.	19
1.5 – Conceitos de quedas:	33
1.6 - Epidemiologia e dimensão do problema	34
1.7 - Consequências decorrentes das quedas	40
1.8- Barreiras arquitectónicas	42
1.9 – Prevenção de quedas dentro de casa.....	43
III – Exposição Metodologia.....	45
1 - Formulação do problema.....	45
2 - Tipo de estudo	46
3 - Definição de variáveis	46
3.1 - Variável dependente	47
3.2 - Variável independente	47
4 - Construção de hipóteses	48
5 - Definição de população/amostra	49
6 – Instrumento de recolha de dados	49
6.1 – Pré – Teste	51
7 - Aspectos Éticos da Investigação	51
8 - Tratamento dos dados.....	52
IV - Exposição Empírica.....	53
1 – Analise dos resultados da amostra.....	53
2 - Cruzamento de variáveis.....	62
3. - Análise da grelha de observação	67
3.1 - Área exterior.....	67
3.2 – Áreas internas	67
4. – Discussão dos resultados.....	69

Quedas nos idosos

V – Conclusão.....	73
VI – Bibliografia.....	75
VII – Anexos	77
Anexo I	78

Índice de quadros:

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo.	53
Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo a idade.	53
Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.	54
Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo necessidade de ajuda.	54
Quadro 4.1 – Distribuição da amostra segundo necessidade de ajuda nas diferentes atividades de vida diária.	54
Quadro 5 – Distribuição da amostra relativamente a segurança da casa.	55
Quadro 5.1 – Distribuição da amostra segundo a classificação que atribui à segurança da casa.	55
Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a patologia.	56
Quadro 7 – Caracterização da amostra segundo a medicação que os idosos fazem.	56
Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a ingestão de medicamentos.	57
Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a quantidade de comprimidos que toma por dia.	57
Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de instrumento auxiliar de marcha.	58
Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo o instrumento auxiliar na marcha.	58
Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo as barreiras que oferecem dificuldade ao idoso no quotidiano para se movimentar.	59
Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a razão da dificuldade na locomoção.	59
Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a ocorrência de queda.	60
Quadro 14.1 – Distribuição da amostra segundo o motivo da queda.	60
Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo ocorrência de lesão.	61
Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo o tipo de lesão.	61
Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo se foi hospitalizado.	61
Quadro 17.1 – Distribuição da amostra segundo a oferta das condições após a alta.	62

Quedas nos idosos

Quadro 18 – Distribuição da amostra referente ao cruzamento da ocorrência de queda e do motivo da queda.	63
Quadro 18.1 – Teste do qui-quadrado.	63
Quadro 19 – Distribuição da amostra referente ao cruzamento da ocorrência de queda e o tipo de doença.	64
Quadro 20 – Distribuição da amostra relativamente à ocorrência de queda e o tipo de terapêutica que o idoso toma.	65
Quadro 21 – Distribuição da amostra relativamente à ocorrência de queda e a idade do idoso.	66
Quadro 21.1 – Teste do qui-quadrado.	66

I – Introdução

Este documento, surge no âmbito da elaboração da Monografia, estudo de investigação que encerra a Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, que por sua vez permite a primeira inserção no mundo da Investigação científica, promovendo a possível continuidade da mesma, ao longo da futura carreira como Enfermeiro e profissionais de Saúde, dignos de prestar cuidados a seres iguais a quem cuida.

Este documento não ocorre, sem antecedentes, ou seja, a investigação foi já tema de três disciplinas, desde o 2º ano da mesma Licenciatura. O primeiro contacto adveio da cadeira de Métodos e Técnicas de Investigação I. Este período demonstrou-se indispensável, pois foram apreendidos os fundamentos do processo de investigação, que se traduziu na realização de um Projecto de Investigação. Posteriormente, no 2º semestre do 3º ano, foi leccionada a disciplina de Projecto de Investigação II, que pretendeu dar início à realização de um projecto, que se converte na presente Monografia. Finalmente, durante este 2º semestre, a disciplina de Projecto de Graduação I, teve como intuito a orientação metodológica da etapa final do trabalho monográfico.

O tema seleccionado para realizar este trabalho de investigação foi "Quedas nos idosos". A motivação para o tema surgiu pelo carinho que nutro pelos idosos e pela preocupação que sinto sobre a sua saúde e qualidade de vida. Embora as quedas façam parte de todas as etapas de vida são no entanto, encaradas como um sério problema de saúde pública entre os adultos mais velhos.

Santos (1998, p 49),

“a queda, pela sua frequência e suas múltiplas consequências, deve ser encarada como uma verdadeira «doença de geriatria», visualizando o idoso na sua globalidade e no seu meio ambiente”.

Como ponto de partida e orientação para a realização deste trabalho foi elaborada a seguinte pergunta de partida: “Quais os factores que influenciam a queda nos idosos?”

Quedas nos idosos

A argumentação sobre as motivações que levou a optar por este tema, surge em duas vertentes: relativamente ao envelhecimento da população a nível mundial e com a diminuição da sua qualidade de vida ao aumentar a sua dependência para as actividades de vida diárias, ao facto de haver cada vez mais idosos hospitalizados devido as quedas que sofrem, com a diminuição da sua qualidade de vida e dos cuidadores, assim como o aumento do custo sócio-económico.

Com a realização do presente trabalho pretendo atingir os seguintes objectivos académicos:

- Realizar o Projecto de Graduação II, trabalho científico inserido no plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito da prevenção de quedas nos idosos;
- Proporcionar um momento de avaliação.

Após identificação do problema foram formulados os seguintes objectivos de estudo:

- Conhecer a relação entre as barreiras arquitectónicas e as quedas nos idosos;
- Conhecer a relação entre as doenças e as quedas nos idosos;
- Conhecer a relação entre polimedicação e as quedas nos idosos;
- Conhecer a relação entre a idade e as quedas nos idosos.

De forma a dar resposta aos objectivos delineados para o estudo, se optou por um tipo de estudo correlacional, foi colhida informação de forma aleatória e sobre a forma de entrevista semi-estruturada e posteriormente, efectuada a respectiva análise de conteúdo à informação, fornecida pelos idosos. Este facto, se deve à necessidade de interpretar, de forma absoluta e ampla o fenómeno em estudo, observando, descrevendo e interpretando, quer o ambiente,

Quedas nos idosos

quer o fenómeno, tal como se apresentam. A amostra deste estudo corresponde a 100 idosos que moram numa freguesia em Ponte da Barca.

Como forma de conclusão, foi possível ao autor, verificar que nesta população estudada as barreiras arquitectónicas influenciam as quedas nos idosos e que a idade, as doenças e a polimedicação não influenciam as quedas.

Estruturalmente o trabalho se encontra dividido em três partes fundamentais. A primeira parte é a exposição conceptual, que diz respeito a contextualização que constitui o suporte científico do trabalho. A segunda parte corresponde à exposição metodologia, que é constituída pela teoria da problemática, a terceira parte apresenta a análise e discussão dos resultados obtidos.

II – Contextualização.

1 – Exposição conceptual

Surgiu a necessidade de abordar a questão de investigação que se pretendeu estudar, bem como responder aos objectivos propostos, permitindo o esclarecimento da temática em questão, e do objecto do estudo.

“A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação” (Fortin, 1999, p.39).

1.1 – Tema

O tema deste estudo é: “As quedas nos idosos”.

1.2 – Pergunta de partida

“Quais os factores que influenciam a queda nos idosos?”

1.3 – Conceitos: idoso, velhice, envelhecimento e gerontologia.

1.3.1 – Conceito de idoso:

A Organização Mundial da Saúde define como idoso: “qualquer indivíduo com 65 e mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde.”

Dicionário médico enciclopédico Taber (2000, p 920) define idoso frágil sendo:

Indivíduo mais idoso, que sofre incapacitação física, mental e emocional; qualquer desses comprometimentos pode limitar a independência e promover a dependência desses idosos com relação a outra pessoa, necessitando sua ajuda. Essa situação é observada mais habitualmente em pessoas com mais de 75 anos de idade ou mais.

Quedas nos idosos

Para muitas pessoas, quando se fala em idoso a imagem que vem à mente é a de um indivíduo com cabelos brancos que escasseiam, de pele enrugada, mãos trémulas, com postura encurvada e força diminuída. Para além destas observações, Zimerman, (2000), reforça, “ para muitas pessoas (...) é um sapato gasto, furado e que, portanto, já não serve para mais nada”.

Muitas vezes o próprio idoso se vê como alguém que já desempenhou o seu papel, já fez a sua parte e viveu a sua vida, não tendo mais funções a desenvolver e por isso não precisa mais de viver. É necessário combater esta visão preconceituosa e negativista que prevalece na nossa sociedade, permitindo a integração social do idoso que é caminho para lhes reduzir a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir para a prosperidade da mesma.

1.3.2 - Conceito de Velhice:

Fernandez (2000, p 99):

Etimologicamente velhice deriva de velho, procedendo do latim *veclus*, a (...) a velhice pode definir-se como sendo um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, podendo ser considerada o coroamento das etapas de vida. Ela traz em si a colheita do que se aprendeu e viveu, do quanto se fez e foi alcançado, do quanto se sofreu e suportou.

De uma forma geral a velhice é um processo fisiológico, psicológico e social que aumenta a estabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos.

Organização Mundial da Saúde esforçou-se por enquadrar e definir as diferentes fases da velhice classificando as idades: “idade média de 45 a 59 anos; idade madura dos 60 aos 79 anos; idade avançada dos 79 aos 89 anos; grande idade a partir dos 89 anos.”

1.3.3 - Conceito de envelhecimento:

Netto (1996, p 85) define o envelhecimento como:

Um processo irreversível, que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte do indivíduo. Neste sentido é durante a vida inteira que envelhecemos. Portanto, o envelhecimento, enquanto processo, concerne a todos, em qualquer idade. Isto é, não é só o velho que envelhece.

Ermida (1999, p 100), diz que o envelhecimento é:

Inicia com o nascimento é só meia verdade (...) as alterações da senescência podem ocorrer desde o momento da concepção, consequentes de anomalias genéticas mas também de agressões ambientais ao embrião em desenvolvimento.

O processo de envelhecimento se iniciou no momento da concepção e evolui continuamente até à morte, comum a todos os seres vivos, nomeadamente o Homem.

Várias teorias procuraram explicar o envelhecimento e os seus mecanismos. Medvedov em 1990, agrupou-as em sete categorias:

- I. Teorias fundadas em modificações com a idade;
- II. Teorias fundadas numa lesão (dano);
- III. Teorias geneticamente programadas;
- IV. Teorias evolucionistas;
- V. Teorias específicas dos tecidos;
- VI. Teorias matemáticas e físico-matemáticas;

➤ VII. Teorias unificadas.

São conhecidas várias teorias sobre o envelhecimento, como refere Figueiredo et Tonini (2006, p.34 a 37):

Teoria Imunológica, que defende que transformações imunológicas resultantes do envelhecimento resultariam na formação de anticorpos que atacariam as células sãs do organismo. Portanto, o sistema imunológico não conseguiria distinguir as células sãs existentes no organismo das células estranhas. (...)

Teoria do Uso e Desgaste. Os teóricos crêem que o organismo humano comporta-se como uma máquina, cujas partes deterioram-se com o uso. Esse desgaste provocaria anomalias que param seus mecanismos.

Teoria dos radicais livres. (...) De acordo com essa teoria, o envelhecimento e a morte celular provêm de efeitos nefastos causados pela formação dos radicais livres a biomoléculas diferentes.

Teorias neuroendócrinas. Grupo de teorias que postulam a falência progressiva das células com funções integradoras entre o organismo e o sistema nervoso, levando ao colapso da homeostasia corporal, à senescência e à morte.

Ermida (1999, p 91) diz: “Na base de todas as teorias está a tentativa de explicar a morte celular, fenómeno central de todo o envelhecimento.”

1.3.4 - Conceito de gerontologia.

O dicionário médico enciclopédico Taber (2000, p 799) define Gerontologia:

“Estudo científico dos efeitos do envelhecimento e das doenças ligadas ao envelhecimento no ser humano”.

1.4 - Alterações fisiológicas no processo de envelhecimento.

Organização Mundial da Saúde define fisiologia do *envelhecimento*:

Quedas nos idosos

Com o envelhecimento se produzem limitações nas actividades de forma fisiológica nos sistemas do organismo e que podem fazer o idoso mais sensível aos factores extrínsecos. Assim essas mudanças também se veram aproveitadas no idoso imobilizado.

Organização Mundial da Saúde define *mobilidade*:

“Capacidade de deslocamento. A capacidade de mobilização é um indicador do nível de saúde do idoso e da sua qualidade de vida”.

Organização Mundial da Saúde define *imobilidade*:

“Diminuição da capacidade para desempenhar actividade de vida diária por deterioramento das funções motoras”.

Organização Mundial da Saúde define *deterioração funcional*:

“Restrição das capacidades de realização de actividades essenciais para a vida diária”.

Organização Mundial da Saúde define *síndrome de imobilidade*:

Rota comum da apresentação da doença, gerada por uma série de alterações fisiopatológicas em múltiplos sistemas condicionando a imobilidade e acompanhada pelo desuso. É um quadro clínico geralmente multifactorial, potencialmente reversível e prevenível.

1.4.1 - Alterações Estruturais:

Netto, Filho et Salles (2006, p.36, 42) relatam as alterações estruturais e funcionais:

A nível células e tecidos são: o aumento a quantidade dos tecidos gordos e fibrosos à custa dos tecidos magros, a alteração do núcleo celular com diminuição do ADN e perda progressiva da função genética, a diminuição do número de células activas é proporcional a uma diminuição da utilização do oxigénio para o metabolismo basal e a diminuição do número de glóbulos vermelhos e o seu conteúdo em hemoglobina.

Quedas nos idosos

Dos músculos, ossos e articulações são: diminuição da massa corporal, diminuição do número de fibras originando a redução do tamanho causando nelas desnervação e atrofia muscular progressiva com diminuição do tônus, da potência, da força e da agilidade, a diminuição da mobilidade de diversas articulações devido a redução da água dos tendões e ligamentos, degeneração das cartilagens acarretando redução da resistência elástica, diminuição da massa óssea devido a redução das osteoblastos e a perda de cálcio (osteoporose), a adelgaçar das vértebras dorso-lombares com conseqüente redução de 1,5 a 5 cm de altura a diminuição do equilíbrio, a redução da dimensão da caixa torácica.

Da pele e tecido celular subcutâneo são: a perda dos tecidos de suporte subcutâneo, a secura, adelgaçar e perda de elasticidade da pele, as modificações cutâneas e vasculares, o aparecimento de rugas; acentuação das proeminências ósseas e o descair da face, queixo e pálpebras e alongamento dos lobos das orelhas.

As alterações dos tegumentos são: os pelos finos e raros, excepto na face, a perda de cabelos ou cabelos brancos, o aumento do espessamento das unhas (onicogribose).

1.4.2 - Alterações Funcionais

Netto, Filho et Salles (2006, p.43, 61) relatam as alterações funcionais, o comprometimento funcional é variável de indivíduo para indivíduo:

Sistema cardíaco é: a diminuição de 40% de débito cardíaco, o aumento da tensões arteriais em repouso, a redistribuição do fluxo sanguíneo – o cérebro, as artérias coronárias e os músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e os rins e a perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósito nas paredes;

Sistema respiratório é: a perda da capacidade de expansão pulmonar, a diminuição de 50% da capacidade respiratória, a diminuição do consumo basal de oxigênio, a possibilidade de enfisema e bronquite senil, a atrofia e rigidez pulmonar e os problemas de expectoração das secreções brônquicas.

Quedas nos idosos

Sistema renal e urinário é: a diminuição do número de nefrónios, a diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular, do fluxo sanguíneo renal e da clearance urinária, a possibilidade de incontinência, mais precoce nas mulheres que nos homens e as micções mais frequentes e menos abundantes.

Sistema gastrointestinal é: a atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos, a diminuição do tónus e da motilidade gástrica gerando uma diminuição do esvaziamento gástrico e do peristaltismo, a ligeira diminuição do peso do fígado e do número de hepatócitos funcionastes, a ligeira diminuição da absorção intestinal e a diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação.

Sistema nervoso é: o peso do cérebro diminuição significativa originando a diminuição do número de unidades funcionais no cérebro, diminuição dos neurónios originando atrofia cerebral, a diminuição das actividades metabólicas neuronal relacionada com a diminuição do consumo de oxigénio ou glicose e da perfusão cerebral, diminuição das substancias neurotransmissoras responsáveis pela passagem de estímulos de um neurónio a outro originando o declínio gradual da condução nervosa e demora no tempo de reacção, a dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio, as alteração do controlo do sistema autónomo e a diminuição da capacidade de memória a curto prazo.

Sistema sensorial é: o sistema nervoso central sofre modificações funcionais com a senescência, assim se observa uma diminuição da sensibilidade dos barorreceptores e dos quimiorreceptores, fundamentais na regulação da pressão arterial, diminuição dos receptores cutâneos ou êxtero-receptores, estruturas essenciais na percepção da temperatura ambiental. A redução da velocidade de condução dos neurotransmissores simpático e parassimpático origina a elevação do limiar da percepção do sabor e dos odores, a diminuição das sensações tácteis, a diminuição da capacidade de adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna, a redução da acuidade visual e da visão periférica, a redução da acuidade auditiva e a possibilidade da cataratas senis e/ou Glaucoma.

Sistema endócrino e metabólico é: a perturbação no metabolismo da glicose, a diminuição da utilização periférica da tiroxina, as alterações funcionamento cortico-suprarenal, a diminuição do metabolismo basal das hormonas estimulantes da tiróide e a diminuição do metabolismo

Quedas nos idosos

energético muscular tendo como consequência a redução das enzimas desidrogenase L-lactato, desidrogenase glicerol-3-fosfato e da desidrogenase triosefosfato.

Sistema reprodutor é: a atrofia dos órgãos genitais internos e externos, modificação do ritmo da ereção e de ejaculação e a modificação na libido da mulher.

Sistema imunitário é: a lentidão na resposta imunitária a um antígeno e a imunodeficiência relativa.

Ritmos biológicos e sono são: as modificações das fases do sono, os períodos mais frequentes do sono leve e a diferente repartição das horas de sono.

1.4.3 - Efeito da idade sobre a marcha.

Vellas et al (2006 p. 199, 208) descreve os efeitos da idade sobre a marcha:

Com o envelhecimento, a deterioração da marcha vai sendo progressiva e definitivamente, agravando na maioria das ocasiões pela presença de diferentes doenças que vão aparecendo conforme o indivíduo envelhece. Se observar nas pessoas que nos rodeiam, é muito diferente a forma de caminhar de uma pessoa de 30 anos e uma 70 anos, e com essa idade se modifica o centro de gravidade, a coordenação, o reflexo, o equilíbrio, a força, a flexibilidade, etc, também alteram a marcha problemas músculoesqueléticos que são gerados pela imobilidade e o desuso, há múltiplas patologias que produzem debilidade muscular e alterações da marcha: hipotireoidismo, hipertireoidismo, polimialgia reumática e neuropatias, também o uso prolongado de fármacos como diuréticos e corticoides. Qualquer perda de força muscular próxima conduz a marcha instável.

As diferenças entre os idosos do sexo masculino e do sexo feminino. Assim, nas mulheres idosas, a velocidade e ainda é menor que nos homens e o comprimento dos passos são menores. As mulheres idosas têm uma base de sustentação menor e deambulam em passos pequenos que ocasiona uma marcha pélvica chamada “ Marcha de Pato”. O menor controle muscular que há nessa idade fazendo aquele impacto dos pés sobre o solo seja mais energético. A base de sustentação dos homens idosos, pelo contrário é maior, tanto parada como

caminhando. No geral, a sua postura é mais inclinada e arrastando os pés, com importante reflexo dos cotovelos e diminuição das oscilações dos braços.

Tipos de marcha

A marcha, que é um acto automático depende de múltiplos mecanismos para que se faça de modo normal. o exame da marcha deve ser realizado com o paciente despido ou em trajés sumários, num recinto amplo. O examinador terá primariamente de apreciar a marcha mais globalmente, e depois, se deterá aos detalhes da mesma (movimentos associados dos membros superiores, base das paradas, etc.). Tipos mais comuns de marchas:

As alterações neurológicas, que afectam de 25% a 50% das pessoas idosas são uma das principais causas das quedas.

Marcha normal: A marcha normal raramente atrai a atenção, mas deve ser observada com cuidado, para não deixar desvios discretos da normalidade. É uma função da quantidade de deslocamento do centro de gravidade da massa ao longo dos eixos x (anterior/posterior), y (horizontal), e z (vertical), a partir do seu ponto de origem. Durante o ciclo da marcha a gravidade é uma força para baixo constantemente actuando no centro de gravidade do corpo, que está localizado na linha média, 1cm anterior a S1 (primeiro segmento sacral), quando o paciente estiver erecto, com os pés separados por alguns centímetros, e os braços ao lado. O corpo está erecto a cabeça centrada e os braços balançam de forma livre e graciosa ao lado do corpo, cada um movimentando-se de maneira rítmica para diante com a perna oposta. Os pés encontram-se discretamente evertidos, as passadas são aproximadamente iguais e os maleolos internos quase tocam quando um pé passa pelo outro.

Quando uma perna se desloca para diante, há flexão coordenada do quadril e do joelho, dorsiflexão do pé e uma elevação pouco perceptível do quadril, de modo que o pé se afasta do chão, da mesma forma, a cada passada, o tórax movimenta-se directamente para diante no lado posto do membro inferior em movimentos.

O ciclo da marcha normal, é definido como o período entre pontos sucessivos nos quais o calcanhar do mesmo pé toca o solo. O ciclo é iniciado pelo toque do pé direito. A “fase de

Quedas nos idosos

postura”, durante o contacto do pé com o solo ocupa 60 a 65% do ciclo. Na “*fase de oscilação*” começa em seguida, para diante, permitindo que o corpo se movimente sobre o pé que está avançando. A “fase de postura” é subdividida da seguinte forma: apoio do calcanhar; alinhamento do pé; acomodação intermediária; impulsão do calcanhar e impulsão dos dedos e a “*fase de oscilação*” é dividida em três períodos: oscilação inicial (aceleração), oscilação intermediária e oscilação terminal (desaceleração). O período em que ambos os pés estão em contacto com o solo é chamado de sustentação dupla. A largura do passo é distância entre o contacto do calcanhar esquerdo e o do calcanhar direito. O comprimento do passo é a distância entre um contacto do calcanhar esquerdo e o próximo contacto do calcanhar esquerdo.

Para que a marcha se torne um conjunto de movimentos coordenados e eficientes é necessária à manutenção através do sistema nervoso central, ou seja, envolve a manutenção do equilíbrio em ângulo recto com a direcção do movimento. Um sistema está em equilíbrio mecânico quando o somatório das forças que agem sobre o sistema é igual a zero. Entretanto, esse sistema tem estabilidade somente se após uma perturbação ele retorna a sua posição de equilíbrio. Conforme o indivíduo oscila para frente e para trás, os receptores sensoriais visuais, somatossensoriais e vestibulares detectam essas flutuações e geram respostas compensatórias nos músculos adequados.

Analisando em maiores detalhes, os requisitos para a locomoção em uma postura bípede, erecta, podem ser reduzidos aos seguintes elementos: 1) sustentação antigravitacional do corpo; 2) a passada; 3) a manutenção do equilíbrio e; 4) um meio de propulsão. A locomoção fica comprometida no curso das doenças neurológicas, quando um ou mais destes princípios mecânicos são impedidos de operar normalmente. A sustentação do corpo na posição erecta é proporcionada pelos reflexos posturais e antigravitacionais, que permitem que uma pessoa levante de uma posição deitada ou sentada para uma postura bípede erecta e mantenha a firme extensão dos joelhos, quadris e dorso, modificáveis pela posição da cabeça e do pescoço. Estes reflexos dependem dos impulsos vestibulares, propiceptivo, tácteis e visuais integrados na medula espinhal, no tronco cerebral e nos gânglios da base. A passada, o segundo elemento. É um padrão de movimento básico presente ao nascimento e integrado no nível espinhal-mesencefálico-diencefálico. O equilíbrio é realizado através dos reflexos posturais e estáticos muitos sensíveis, tanto periféricos (reflexos de estiramento), quanto centrais

Quedas nos idosos

(vestibulocerebrais). A propulsão é fornecida pela inclinação para diante e discretamente para o lado, permitindo que o corpo caía por uma distância, antes de ser reprimido pela perna.

Existem variações da marcha, de uma pessoa para outra, sendo que é uma observação habitual a que uma pessoa pode ser identificada por suas passadas, notadamente o ritmo e pela suavidade ou forças destas. A maneira de andar e o porte podem, até mesmo fornecer indícios da personalidade e da profissão de um indivíduo.

Uma pessoa atingida por uma doença ou lesão pode precisar alterar seu padrão normal de marcha para ajudá-lo com as deficiências presentes. Ela pode necessitar de suporte de vários tipos, por várias razões. As combinações de movimentos que ela usa são influenciadas pela condição patológica que a deficiência provocou, e pelo tipo de suporte de que ela necessita.

Marcha cerebelar: associada a lesões agudas ou de longa instalação do cerebelo que afectam um lado do corpo podem resultar em uma curvatura lateral da coluna. Indivíduos com desenvolvimento bilateral do cerebelo podem assumir posições extremamente desleixadas e inclinadas quando sentadas, caso não haja suporte. Quando em pé, os indivíduos têm uma tendência para separar seus pés e usar os braços para ter equilíbrio. Alguns caem para um lado de forma consciente. A abertura ou fechamento dos olhos parece não ter efeito significativo na habilidade de manter o equilíbrio em pé.

A marcha cerebelar é observada com mais frequência em pacientes com esclerose múltipla, tumores cerebelares principalmente aqueles que afectam desproporcionalmente o verme, acidente vascular cerebral, nas quais o processo mórbido permanece estável por muitos anos, por exemplo, o tipo associado ao alcoolismo crónico, o distúrbio da marcha se modifica, à medida que as compensações são adquiridas. Muitos pacientes com doença cerebelar, em particular do tipo agudo, mostram reflexos patelares pendulares e outros sinais de hipotonia dos membros, quando são examinados na posição sentada ou reclinada; paradoxalmente, caminhar sem suporte de muleta ou do braço de um amigo gera uma rigidez das pernas e firmeza nos músculos.

Marcha ébria ou cambaleante: Esta é característica de intoxicação alcoólica ou por barbitúricos. O paciente embriagado titubeia, cambaleia, inclina-se para diante e para trás,

Quedas nos idosos

parecendo, a cada momento, que está prestes a perder o equilíbrio e cair. O controle sobre o tronco e as pernas fica mais comprometido. Os passos são irregulares e insertos. Estes pacientes parecem estupefactos e indiferentes à qualidades seu desempenho, mas, em certas circunstâncias, conseguem corrigir o defeito momentaneamente.

Marcha da ataxia sensorial: este distúrbio da marcha se deve a um comprometimento da posição articular ou do senso cinestésico muscular resultante da interrupção de fibras nervosas aferentes nos nervos periféricos, as raízes posteriores, nas colunas posteriores da medula espinhal ou nos lemniscos mediais e, ocasionalmente, de lesão de ambos os lobos parietais. Qualquer que seja a localização da lesão, seu efeito é privar o paciente do conhecimento da posição de seus membros e, mais relevante para a marcha, interferir com as informações cinéticas aferentes que não se atêm à percepção consciente. É habitual a reacção de desequilíbrio. Estes pacientes estão cientes de que o problema se encontra em suas pernas, que o posicionamento dos pés é inconveniente e que a capacidade de se recuperar rapidamente de um passo em falso está comprometido.

O distúrbio resultante se caracteriza por graus variados de dificuldade para ficar em pé e caminhar; nos casos avançados, a incapacidade de locomoção é completa, embora a força muscular esteja conservada. Os principais aspectos do distúrbio dessa marcha são os movimentos bruscos das pernas e o posicionamento dos pés. Os pés são colocados bem afastados um do outro, a fim de corrigir a instabilidade, e os pacientes olham cuidadosamente para o chão e para as próprias pernas são impulsionadas repentinamente para diante e para fora, em passos irregulares, de extensão e altura variáveis. Muitos passos são acompanhados por um ruído audível, à medida que o pé é forçadamente abaixado de encontro ao solo. O corpo é mantido em uma posição ligeiramente flectida, sendo que uma parcela do peso é sustentada na bengala que o paciente com ataxia grave carrega. Se diz que, casos de ataxia sensorial, os sapatos não mostram desgaste em qualquer ponto, porque toda região plantar atinge o solo ao mesmo tempo. Há invariavelmente, perda da propiocepção nos pés e, em geral, também da percepção vibratória.

Marcha equina ou de passos altos: é provocada pela paralisia dos músculos tibiais e fibulares, com resultante incapacidade de dorsifletir e everter o pé. Os passos são regulares e iguais, mas o pé em movimento anterior pende, com os dedos apontados para o solo. Assim, existe uma

Quedas nos idosos

semelhança superficial com a marcha tabética e na polineuropatia grave, podendo os aspectos da marcha e da ataxia sensorial estar combinados. A queda do pé pode ser unilateral ou bilateral e ocorre em doenças que afectam aos nervos periféricos das pernas ou os neurónios motores na medula, como as neuropatias axónicas adquiridas crónicas, a doença de Charcot-Marie-Tooth (atrofia da musculatura fibular), a atrofia muscular paravertebral progressiva e a poliomielite. Também pode ser notada em certos tipos de distrofia muscular, nos quais a musculatura distal dos membros está afectada. Estes pacientes não são perturbados por uma percepção de desequilíbrio. Na maioria das vezes, caem ao tropeçar em bordas de tapetes e no passeio. Um distúrbio particular da marcha, também de origem periférica e assemelhando-se à marcha equina, pode ser observada em pacientes com disestésias dolorosas das regiões plantares. A neuropatia periférica (com frequência do tipo nutricional alcoólica), a causalgia e a eritromelalgia constituem as causas habituais. Por causa da dor incómoda provocada pela estimulação táctil do pé, o paciente caminha de forma oscilante, como se andasse em areia quente, com os pés rodados de maneira a limitar o contacto com suas porções mais dolorosas.

Marcha hemipléica e parapléica: a disfunção motora do acidente vascular cerebral, é um dos sinais clínicos mais óbvios da doença. Após o início de um acidente cerebrovascular com hemiplégia, ocorre um estado de baixo tono ou flacidez. O retorno precoce do movimento é visto nos extensores espinhais e os elevadores do ombro e cintura pélvica (trapézio superior, levantador da escápula, quadrado lombar e grande dorsal). Geralmente o retorno distal ocorre cedo na recuperação é usada para reforçar a musculatura proximal fraca. Quando esses componentes motores disponíveis são usados para função (sem seus flexores correspondentes), são vistos padrões de movimento estereotipados.

A marcha paraparética ou parapléica espástica é, na verdade, uma marcha hemipléica bilateral, que afecta apenas os membros inferiores. Cada perna é avançada lenta e rigidamente, com movimentação restrita nos quadris e joelhos. As pernas encontram-se esticadas ou ligeiramente flexionadas na altura dos joelhos e as coxas podem estar fortemente aduzidas, fazendo com que as pernas quase se cruzem quando o paciente caminha (marcha em “tesoura”). As passadas são regulares e curtas, sendo que o paciente avança apenas com grande esforço, como se caminhasse com dificuldade em águas fundas.

Quedas nos idosos

Marcha festinante: Em posição ortostática, esses pacientes têm tendência característica de tombar para frente. São incapazes de realizar os movimentos compensatórios para readquirir equilíbrio e, assim caem facilmente. Quando começam a caminhar, há dificuldade para desviar o centro de gravidade de um pé para outro, de modo que têm que “prosseguir seu centro de gravidade para evitar a queda para frente, denominando aceleração anterior ou festinação.

Se observa que, os pacientes com doença de Parkinson ficam de pé em uma postura de flexão geral, com a coluna inclinada para frente, a cabeça inclinada para baixo, os braços moderadamente flectidos nos cotovelos e as pernas ligeiramente fletidas. Os pacientes ficam de pé imóveis e rígidos, com escassos movimentos automáticos dos membros e uma expressão facial fixa, como máscara, e piscando raramente. Embora os braços se mantenham imóveis, há frequentemente um tremor afectando os dedos e punho, de 4 a 5 ciclos por segundo. Ao caminharem, seu tronco se inclina ainda mais para frente; os braços permanecem imóveis do lado do corpo ou são flexionados ainda mais e levados um pouco à frente do corpo. Os braços não balançam. Quando o paciente caminha, as pernas permanecem dobradas nos quadris, joelhos e tornozelos. Os passos são curtos, de modo que os pés apenas deixam o solo e a sola dos pés se arrasta no chão.

A locomoção para frente pode levar a passos sucessivamente mais rápidos, podendo o paciente cair se não for apoiado; este andar cada vez mais rápido é chamado de festinação. Quando empurramos para frente ou para trás, os pacientes podem não conseguir compensar por movimentos de flexão ou extensão do tronco. A consequência é uma série de passadas propulsivas ou retropulsivas. Os pacientes com doença de Parkinson às vezes podem caminhar de modo surpreendentemente rápido por um breve período. Existem dificuldades específicas ao iniciar os movimentos da marcha e para virar-se. Pode ocorrer a interrupção súbita da marcha (congelamento), em especial quando há obstáculos. A marcha nos pacientes cujo início da doença foi precoce pode parecer descoordenada em decorrência da discinesia induzida por fármacos.

Quedas nos idosos

Também observaram, que ocasionalmente, estes pacientes correm melhor do que caminham ou andam para trás melhor do que para diante. Com frequência, a deambulação preocupa tanto o paciente que falar simultaneamente é impossível. Ele precisa parar para responder a um pergunta.

Marcha na distrofia muscular: Na disrofia muscular há uma fraqueza dos músculos proximais das pernas produz uma postura e marcha características. Ao tentar levantar-se da posição sentada, os pacientes flexionam o tronco nos quadris, colocam as mão sobre os joelhos e erguem o tronco fazendo as mãos correrem coxa acima. Esta sequência é denominada sinal de Gowers. Os pacientes ficam de pé com uma lordose lombar exagerada e um abdome protuberante devido a fraqueza dos músculos abdominais e paravertebrais. Eles caminham com as pernas bem separadas e têm um característico movimento gingante da pelve, decorrente da fraqueza dos músculos glúteos. Os ombros freqüentemente se inclinam para frente e uma escápula alada pode ser vista quando os pacientes caminham.

Marcha histérica: os distúrbios histéricos da marcha pode aparecer em associação à paralisia histérica de uma ou ambas as pernas. A marcha é geralmente bizarra, facilmente reconhecida e diferente de qualquer distúrbio da marcha causado por patologias orgânicas. Em alguns pacientes, porém, os distúrbios histéricos da marcha podem ser de difícil identificação. Na hemiplégia histérica, os pacientes arrastam a perna afectada pelo chão atrás do corpo e não fazem a circundação da perna nem a usam para sustentar peso, como na hemiplégia devida a uma lesão orgânica. O paraplégico histérico não pode arrastar bem as pernas e, em geral, dependem de bengalas ou muletas ou fica no leito ou em uma cadeira de rodas; os músculos podem estar flácidos ou rígidos, com o desenvolvimento de contracturas.

A marcha histérica pode assumir outras formas dramáticas. Alguns pacientes parecem estar andando sobre pernas de pau, outros assumem posturas diatónicas extremas e outro vagueiam amplamente em todas as direcções, sem cair, demonstrando, na realidade, por suas rotações, uma capacidade normal de fazer os ajustes posturais rápidos e apropriados. A astasia-abasia, em que os pacientes, embora incapazes de ficar de pé ou caminhar, usam as pernas mais ou menos normalmente enquanto aos demais aspectos, é quase sempre uma condição histérica. Quando estes pacientes são colocados sobre seus próprios pés, podem empreender alguns passos e, em seguida, ficam incapacitados de avançar as pernas; oscilam em todas as

Quedas nos idosos

direções e caem ao chão, quando não são auxiliados. Por outro lado, não devemos presumir que o paciente que manifesta um distúrbio da marcha, mas sem qualquer outra anormalidade neurológica esteja necessariamente sofrendo de histeria.

Marcha "senil": Uma alteração da marcha que não se relaciona com doença cerebral franca é um achado quase universal do envelhecimento. Uma postura discretamente curvada para frente, graus variados de lentidão e rigidez à deambulação; encurtamento da passada, discreto alargamento da base e tendência para virar o corpo em bloco constituem suas principais características. Estes ligeiros encurtamentos e alargamento da passada fornecem uma base de sustentação a partir da qual o indivíduo idoso mantém com mais confiança seu equilíbrio.

Estes aspectos resultam em uma marcha algo defensiva assemelhando-se à de uma pessoa que caminha sobre uma superfície escorregadia ou no escuro. Com o envelhecimento; há perda da velocidade, do equilíbrio e de muitos dos movimentos adaptativos e graciosos que se associam à marcha normal. A propriocepção inadequada, a lentidão para executar as respostas posturais correctivas e a fraqueza das musculaturas pélvica e da coxa são, provavelmente, factores contribuintes.

Marcha espástica ou ceifante: a espasticidade muscular dos membros inferiores, impede a flexão e extensão destes, bem como a oscilação para frente e para trás dos membros inferiores. Os quadris se tornam rígidos e a instabilidade da marcha é ainda mais comprometida pela adução e rotação interna da articulação coxofemural. É comum o paciente caminhar nas pontas dos pés (pés equino). Podem ser observadas em pacientes hemiplégicos que tiveram acidente vascular cerebral. Nas paraplegias espásticas, de origem medular, a marcha é do tipo paretoespástica: o paciente caminha com grande dificuldade, a passos curtos, arrastando os pés no solo e podendo apresentar inclinações do tronco.

Marcha atáxica sensitiva: nesta afecção o paciente, privado da informação proprioceptiva das sensibilidades profundas, caminha olhando para o solo procurando realizar movimentos coordenados (regulando os movimentos incoordenados) dos membros inferiores através do controle visual. A marcha é insegura, e os passos desordenados, o paciente caminha com as pernas afastadas uma da outra, levantando-as em excesso para em seguida projeta-las com energia no solo, tocando-o com o calcanhar (marcha talonante ou calcaneante). Este tipo de

Quedas nos idosos

marcha piora muito, ou se torna impossível com os olhos fechados. As patologias que descrevem este tipo de marcha são tabes dorsalis, a degeneração combinada sub aguda da medula e as neuropatias periféricas com comprometimento acentuado das sensibilidades proprioceptivas (polineuropatia defébrica, diabética).

Marcha atáxica cerebelar: neste tipo de marcha, a manutenção da atitude erecta pode ser difícil, e o paciente geralmente aumenta a base de sustentação. O andar é vacilante, base alargada, com tendência à queda do paciente em qualquer direcção. Ao ordenar-lhe para marchar em linha recta apresenta desvios, como se estivesse embriagado (marcha cambaleante). Este tipo de marcha pode ser encontrada em lesões do cerebello ou das vias cerebelares (esclerose em placas, degeneração espinocerebelares e ataxia aguda benigna da infância). - Nas lesões do sistema vestibular: a marcha também é insegura, e o paciente apresenta desvio ou queda na direcção do lado comprometido.

Marcha parética: este tipo de marcha é de observação corrente nas afecções do neurónio motor periférico. Quando há comprometimento do nervo peronial comum (fibular ou ciaticopoplíteo externo), que acarreta flacidez da perna e deficit dos músculos dorsiflexores do pé, o paciente caminha levantando excessivamente a perna, à custa de enérgica flexão da coxa sobre a bacia (marcha anserina ou escarvante). Pode ser observado em paciente com lombociatalgia - uma marcha saudatória ou antálgica - na qual o membro afectado é mantido em atitude antlagica de semi-flexão (para evitar o estiramento da raiz comprometida) e na deambulação esta posição é conservada, e ao avançar o paciente inclina o tronco para frente (tronco flectido), conferindo o ato de saudar.

Marcha nas afecções extrapiramidais: na doença de Parkinson e nas síndromes parkinsonianas, a perda dos movimentos automáticos associados dos membros superiores e a rigidez muscular conferem à marcha um carácter em bloco, sem dissociação das cinturas pélvica e escapular. A cabeça e o tronco permanecem inclinados para a frente, os passos são curtos e a marcha é vagarosa. Todavia, em certas ocasiões, pode haver aceleração dos passos de maneira involuntária (fenômeno da festinação) e às vezes, o paciente só se detém quando encontra um obstáculo. Nos quadros extrapiramidais com predomínio de hipercinesia (coréias, atetoses, distonias de torção), a marcha, de aspecto grotesco e extravagante, é vacilante e irregular.

1.5 – Conceito de queda

1.5.1 – Queda:

Lima (2006, p.581) diz: “... ao longo da vida estão presentes as quedas, porém são mais encaradas como um problema na idade mais avançada...”.

Organização Mundial da Saúde define a queda como:

“a consequência de qualquer acontecimento que leve o indivíduo a cair no chão contra a sua vontade.”

A instabilidade, constitui um das grandes síndromes geriátricas. É uma patologia muito frequente na população idosa, com consequências muito importantes e sem embargo ligeiros, se trata de uma entidade que passa inadvertidos nos profissionais de saúde. Uma queda pode ser um sinal, um marcador potencial do início de um importante declínio da função ou um sintoma de uma patologia nova.

As razões por que não se estudam as quedas dos idosos são: o paciente não costuma mencionar se caiu, não se pergunta sobre a queda, nem a história clínica, não origina lesões directas e porque se associa a queda ao processo normal de envelhecimento. As principais causas de lesões são: incapacidade, institucionalização e uniforme a morte. Nesse grupo da população e por esse motivo se considera um facto de fragilidade nos idosos.

T. Santos et J.A Pereira (2003, p 215) referem que:

“a queda não é mais que a consequência, inevitável, da falência das reacções de correcção do equilíbrio, incapazes de contrair o que é tendência natural na posição erecta por acção da gravidade.”

A abordagem ecológica explora a queda como resultante de uma interacção entre o organismo e o meio. Através de uma perspectiva biomédica se pode identificar doenças agudas e crónicas que resultam em instabilidade e queda. A abordagem fisiológica acomoda sistemas de órgãos incompetentes de etiologia incerta e as manifestações do envelhecimento normal que parecem acumularem-se para produzir a instabilidade. A abordagem funcional identifica

Quedas nos idosos

os tipos de movimentos que parecem causar problema para o indivíduo como, sentar e levantar, baixar e alcançar objectos. A queda pode ser resultado de causa única e identificável ou de causa múltipla e de difícil individualização pelo que, este problema, deve ser abordado a partir do somatório das várias perspectivas.

Dicionário médico enciclopédia Taber (2000, p1483) define queda nos idosos sendo:

As quedas nos idosos são as principais causas de morte. É importante que os profissionais de saúde pesquisem a causa ou causas, das quedas. Os factores para as quedas são: redução da acuidade visual e auditiva, disfunção ventricular, neuropatia periférica, distúrbios músculo-esqueléticos, hipotensão postural ou uso de medicamentos como: anti-depressivos, sedativos ou vasodilatadores. Por meio de uma cuidadosa investigação clínica, pode ser determinado a causa da queda, sendo então tomada as medidas cabíveis para que esses acidentes sejam evitados no futuro. Os riscos domésticos que aumentam as chances de envolvimento numa queda são: tapetes espalhados, que não são seguros nem a prova de deslizamento, interruptores de luz, de difícil alcance pelo idoso, acessos atravancados a portas ou entradas, degraus e escadarias mal iluminadas, falta de corrimãos em toda a extensão das escadas e banheiras e chuveiros nos quais não foram instalados barras sólidas para apoio do idoso e cujas superfícies dos pisos são escorregadios.

1.6 - Epidemiologia e dimensão do problema

As quedas na população idosa são um importante problema de saúde pública com consequências médicas e económicas significativas na população geriátrica.

Vários estudos prospectivos e retrospectivos relacionados aos problemas de quedas têm sido efectuados e publicados. Em Portugal não existe valores publicados a nível mundial.

Num trabalho elaborado por Tinetti et Speechley (citado por Santos 1998), constataram que a incidência de quedas nos indivíduos com 70 anos é de cerca de 25%, aumentando para 35% após os 75 anos. E num artigo publicado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001) apresenta a ocorrência de quedas por faixas etárias a cada ano.

- 32% em indivíduos de 65 a 74 anos;
- 35% em indivíduos de 75 a 84 anos;

Quedas nos idosos

- 51% em utentes acima de 85 anos;

Assim de um modo geral a frequência de quedas é maior em mulheres do que em homens. Idosos de 75 a 84 anos que necessitam de ajuda nas actividades de vida diária, têm uma maior probabilidade de cair 14 vezes maior que pessoas da mesma idade independentes.

Santos (1998, p 164):

“A queda é um dos primeiros motivos de hospitalização e entrada numa instituição, no entanto registam-se uma frequência maior de quedas em lares de terceira idade com 50%, que na comunidade 30%.”

Pereira (2000, p 23)

“As quedas são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais e constituem a sexta causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos”.

Para além das mortes que provocam contribuem para morbilidade da população geriátrica;

- 5% das quedas resultam em fracturas;
- 50% resultam em ferimentos importantes, necessitando de cuidados médicos.

O resultado destas lesões é a imobilidade ou perda da função em que muitos indivíduos ou idosos não conseguem voltar a ser independentes. Em 10% de casos provoca uma perda de autonomia grave mesmo na ausência de fracturas.

Santos (1998, p 86),

“a queda pela sua frequência e suas múltiplas consequências deve ser encarada como uma verdadeira doença de geriatria, visualizando o idosos na sua globalidade e no seu meio ambiente”.

1.6.1 - Factores de risco

As quedas não podem ser consideradas como um processo natural do envelhecimento. Existem pequenos problemas em alguns sistemas que podem desencadear instabilidade: factores de risco para as quedas. Estes factores isoladamente podem não contribuir para elas, mas em combinação com outros, poderão.

T. Santos e J.A Pereira (2003, p 70),

Há muitos factores, intrínsecos e extrínsecos, que perturbam o alinhamento entre o centro de massa corporal e a base de suporte, fundamental ao equilíbrio, ou que alteram os mecanismos de compensação do desequilíbrio, o que frequentemente resulta em quedas.

A lista das causas possíveis de quedas é particularmente exaustiva, por isso é importante identificar alguns factores de riscos que poderão contribuir para as quedas.

1.6.2 - Factores intrínsecos

T. Santos et J.A Pereira (2003, p 89) definem como factores intrínsecos:

“as características inerentes a cada indivíduo resultantes de alterações relacionadas com a idade, doença ou medicação”.

Os factores de risco intrínsecos que predis põem o idoso às quedas englobam múltiplas doenças e incapacidades sobrepostas às alterações fisiológicas da idade.

As mudanças e transtornos relacionados com o envelhecimento que afectam as funções necessárias para manter o equilíbrio. Estas funções são: a audição e a visão que integra a nível do cerebelo. Também são importantes esses sentidos na função músculo-esquelético e cognitiva. Existem factores de risco directamente relacionados com a possibilidade de sofrer uma queda a impossibilidade se manter sobre as pernas durante 5 segundos. Essas circunstâncias, habitualmente relacionadas entre si, traduzem o mecanismo fisiopatológico relacionado com a queda. A diminuição das capacidades de resposta e velocidade do reflexo

Quedas nos idosos

responsáveis por manter o equilíbrio, a atrofia muscular e a deficiência articular que dificultam a execução das respostas rápidas.

Alterações oculares: a privação visual contribui em 50% a instabilidade e é responsável por 25% a 50% das quedas. Normalmente no envelhecimento surgem: as cataratas, a diminuição de capacidade de distinguir as cores, transtorno na tolerância e luz e adaptação a lugares escuros.

Alterações auditivas: com a idade há uma perda dos cílios no ouvido interno e alterações bioelétricas que traduzem em uma resposta difícil o reflexo auditivo.

Alterações músculo-esqueléticas: com a idade há uma diminuição progressiva da massa corporal, assim há uma diminuição da força muscular. Há uma degeneração das cartilagens articulares da anca e dos joelhos que afectam principalmente a movimentação, diminuindo a estabilidade corporal dificultando a marcha, a diminuição da sensibilidade dos baroreceptores à hipotensão postural, as alterações da marcha e deformidade dos pés e o consumo de polimedicação que pode originar alterações neurológicas ou fisiológicas,

Perante a conjugação das múltiplas alterações decorrentes do envelhecimento, a possibilidade de uma queda torna-se inevitável.

Doenças específicas

Organização Mundial da Saúde (2002):

O número de indivíduos com mais de 65 anos vai duplicar nas próximas cinco décadas, o que levará a que as doenças associadas ao envelhecimento assumam proporções importantes. São diversas as condições patológicas que aumentam em prevalência com a idade e que contribuem também para as quedas, das quais podemos apontar:

Cardiovasculares: hipotensão postural; crise hipertensiva; arritmias cardíacas; doença arterial; insuficiência cardíaca congestiva; síncope vaso-vagal e insuficiência vértebro-basilar;

Quedas nos idosos

Neurológicas: hematoma sub-dural; demências; neuropatias periféricas; AVC e sequela de AVC, acidente vascular cerebral isquêmico transitório; parkinsonismo; delirium; labirintopatias.

Endócrino-metabólicas: hipo e hiperglicemias; hipo e hipertiroidismo e distúrbios hido-electrolíticos;

Pulmonares; DPOC e embolia pulmonar;

Miscelânea: distúrbios psiquiátricos, como por exemplo a depressão; anemia; hipotermia e infecções graves, respiratórias, urinárias, colangite e sepsis.

Medicamentos.

O consumo de qualquer medicamento pode contribuir para o risco das quedas por diversos mecanismos.

Júnior e Heckmanm (2002, p 180) “algumas alterações decorrentes do envelhecimento normal modificam as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos.”

Assim se apontam algumas alterações que aumentam o risco das medicações em idosos, são: a alteração da gordura corporal; alterações do metabolismo renal; diminuição do metabolismo hepático; alterações na composição de proteínas plasmáticas de transporte.

Os mesmos autores citados anteriormente referem que estudos indicam uma associação entre medicamentos e quedas revelando um aumento no risco de 6 vezes.

Os medicamentos que podem aumentar o risco de quedas em idosos são: os ansiolíticos, os hipnóticos, os antipsicóticos, os antidepressivos, os anti-hipertensores, os anticolinérgicos, os diuréticos, os antiarrítmicos, os hipoglicemiantes, os anti-inflamatórios não esteroides e os polimedicação (uso de 3 ou mais drogas associadas).

Os analgésicos e os medicamentos psico-ativos diminuem o estado de alerta e atrasam o processamento central. Os anti-hipertensores, os antiarrítmicos e os diuréticos têm como modo de ação a diminuição da perfusão cerebral.

Quedas nos idosos

Júnior e Heckmanm (2002, p 135) acrescentam que:

Residentes das casas de repouso em uso de mais de quatro medicações prescritas possuíam um risco até três vezes maior de quedas, apresentando classes específicas de medicações associadas a esse aumento onde incluem drogas psicotrópicas, cardiovasculares, corticosteróides e anti-inflamatórios não hormonais.

1.6.3 - Factores extrínsecos

Factores extrínsecos correspondem aos riscos ambientais e aos factores inerentes à própria actividade. Estes têm um papel importante nas quedas estando implicados em mais de metade dos casos.

Ambiente exterior – as quedas sofridas por pessoas idosas, independentes nas actividades de vida diária que se sentem bem, são devidas a perigos ambientais nas ruas, nas estradas e nos espaços públicos, os passeios estreitos, desnivelados, obstáculos, pavimento defeituoso, mal conservado ou deslizante, semáforos de breve duração, bancos a uma altura excessivamente alto originam quedas.

Habitação – a habitação é muito importante para as pessoas idosas, deve oferecer conforto e segurança. Além disso, o que não era um perigo ambiental para uma pessoa jovem e saudável pode passar a sê-lo numa idade mais avançada e quando a saúde já é precária. De entre alguns perigos podemos destacar: a iluminação inadequada, a superfícies escorregadias, desniveladas e acidentadas, os tapetes soltos ou com dobras, os degraus altos ou estreitos, os obstáculos no caminho (móveis, pequenos objectos, fios), a ausência de corrimãos em corredores e banheiros, as prateleiras excessivamente baixas ou elevadas;

Mobiliário – As quedas ocorrem frequentemente durante as actividades de vida diária, simples e rotineiras, como se levantar de uma cadeira ou cama e se apoiar numa mesa.

Cadeiras que balançam, altas ou baixas podem facilitar a queda. Estas devem fornecer segurança ao idoso ao levantar-se que têm dificuldade de movimentos e fraqueza nas pernas, proporcionando conforto e evitar que este tropece.

Quedas nos idosos

Calçado – O uso de calçado inadequado, pouco aderentes ao chão, mal ajustado incluindo os chinelos, podem comportar riscos dando origem a quedas. O calçado demonstra a forma de apoio dos pés e o grau de instabilidade que podem provocar durante a marcha.

Roupas – As roupas excessivamente compridas podem provocar a queda no idoso.

1.7 - Consequências decorrentes das quedas

Mestre (1999):

As quedas são um problema importante entre os idosos, não só por sua frequência, mas, principalmente, por suas consequências físicas, psicológicas e sociais. Frequentemente, as pessoas se preocupam apenas com as lesões físicas ocasionais por uma queda. Tais lesões são perigosas, podendo inclusive levar à morte, mas a maioria das quedas não ocasiona uma lesão de tal natureza. Após a queda de um idoso se pensa no trauma directo, mas a imobilidade pós queda e os danos sociais e psicológicos podem ser muito desastrosos para os indivíduos. Apenas 15% das quedas dos idosos causam lesões profundas levando a incapacidade.

Existem factores que determinam se uma lesão vai ocorrer, são elas: área de impacto (que quanto menor for a área maior é a probabilidade de fractura), ausência do reflexo de protecção, ausência de acolchoamento natural do corpo, resistência e rigidez da superfície sobre a qual caiu, densidade óssea, maior estatura, sexo feminino. Quedas em que há impacto directo sobre a anca ou sobre o punho tem maior probabilidade de resultar em fractura.

As fracturas são resultado de 5% a 10% das quedas, sendo que 1% a 2% são fracturas do colo do fémur, e estas tem um custo pessoal e social altíssimo, devido a longos períodos de hospitalização e a maioria sofrem intervenção cirúrgicas, tem complicações frequentes resultantes da imobilização prolongada, sendo uma causa importante de mortalidade e de diminuição da qualidade de vida. A maioria das quedas não resultam só em danos físicos, uma grande proporção leva à inactividade e imobilidade. Aproximadamente 25% das quedas na comunidade resultam em limitações imediatas das actividades de vida diária por causa de algumas lesões ou pelo medo de cair novamente.

Quedas nos idosos

A imobilidade pós queda pode originar em alteração da marcha, com diminuição da força muscular, rigidez articular e dor associada ao desgaste das articulações; as alterações do equilíbrio por diminuição da sensibilidade postural e por diminuição da circulação cerebral e do labirinto (órgão do equilíbrio localizado no ouvido interno), rabdomiólise, úlceras de pressão, trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, pneumonia, infecção urinária, hipotermia. Algumas destas alterações são agravadas pelo isolamento social, pois o desinteresse e apatia levam o idoso a alimentar-se mal e a sair pouco, aumentando a atrofia muscular e as dificuldades de locomoção. Os quadros de confusão mental e de demência, que podem ser confundidos com estados depressivos ou agravados por estes, são também causa de comportamentos inadequados que podem originar quedas.

Lima (2006, p.584, 585).

O trauma psicológico ou o simples medo de cair pode levar ao aumento da dependência vão condicionar uma maior imobilidade com agravamento dos deficits funcionais, a insegurança e á redução da auto-estima e a redução auto-imposta das actividades num ciclo vicioso que potencia o risco de novas quedas.

A mais importante é a síndrome pós queda, que se caracteriza pelo medo de voltar a cair. Inicialmente, a dor pela lesão actua de forma limitadora dos movimentos, a ansiedade e o medo de sofrer nova queda. Por sua vez a família pode exercer um papel de protecção negativa, aceitando as limitações da mobilidade como sendo algo normal do próprio envelhecimento. Originando uma diminuição da marcha, limitando a realização das actividades de vida diária e perdendo autonomia. A redução da mobilidade favorece a rigidez das articulações e a debilidade, o que, por sua vez compromete a mobilidade. A ruptura desse círculo vicioso se baseia em mobilização e reabilitação logo após a queda.

T. Santos et J.A Pereira (2003)

A morte é a complicação mais dramática que pode advir de uma queda (...) no entanto a maior parte das quedas resulta em leões minor dos tecidos moles (...) as fracturas surgem em cerca de 3% de todas as quedas sendo as mais frequentes as que afectam o punho, anca, a coluna e o tornozelo. A qualidade de vida após uma queda diminui drasticamente (...) os idosos podem ter medo de cair novamente, o que pode levar a diminuição da mobilidade

devido à perda de confiança. Muitas vezes são evitadas certas actividades devido a esse receio.

1.8- Barreiras arquitectónicas

Entre vários tipos de barreiras existentes, de comunicação, discriminatórias, invisíveis, etc, estão as arquitectónicas. Em algumas situações estas barreiras podem surgir ou serem provocadas pelo descaso e inobservância.

Dicionário médico enciclopédico Taber (2000, p 120) define barreira arquitectónica sendo:

“a ausência, numa via ou edifício, de condições que facilitam ou permitem o acesso de pessoas com alguma incapacidade física.”

Se identificou várias barreiras arquitectónicas, especialmente se tiverem limitações a nível da mobilização e dos sentidos ou se tivermos um familiar amigo ou conhecido com os mesmos problemas. Em instituições para idosos se verifica muitas vezes que não existe conforto e condições básicas que associadas ao baixo nível económico fazem requerer as ditas barreiras arquitectónicas.

Com o aumento da população idosa, se torna cada vez mais urgente o planeamento e adequação de ambientes para as pessoas idosas, de forma a promover e encorajar a independência e a autonomia, proporcionando uma boa qualidade de vida. É importante, face às alterações e incapacidades que se podem instalar no idoso, fazer um levantamento das barreiras arquitectónicas e adaptou às limitações do mesmo.

Para se fazer um levantamento das barreiras arquitectónicas foi necessário recolher vários tipos de informação. Relativamente ao exterior, se pode recolher o tipo de habitação, se tratou de um andar ou moradia, o tipo de acesso, o número de escadas com ou sem corrimão ou rampa.

No interior é importante recolher o número de divisões, o tipo de piso, se os corredores são estreitos ou largos. Na casa de banho se a largura da porta, o acesso, as dimensões e a disposição da loiça é adequada. No quarto se recorreu a informação, igualmente, sobre a dimensão deste, disposição do mobiliário e se as camas são altas ou baixas. Para além das condições habitacionais, outras barreiras arquitectónicas que possam existir e que constituem obstáculos ao idoso devem, igualmente ser avaliados. Após a análise e a identificação de barreiras arquitectónicas se pode propor alterações e adaptações necessárias.

1.9 – Prevenção de quedas dentro de casa.

Perracini (2002)

Os idosos expressam o desejo de viver em ambientes seguros, nos quais possam exercer controle pessoal. Querem que esses ambientes ofereçam autonomia, o que traduz a necessidade de adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas.

As quedas constituem um grande risco para as pessoas de idade, prever e arranjar são os dois grandes meios que permitem vencer as armadilhas e ultrapassar os obstáculos. Se atribui, hoje, uma enorme importância à prevenção no seu âmbito mais alargado. Não se limita a designar o simples despiste das doenças, mas engloba uma série de intervenções positivas numa perspectiva mais abrangente.

A Organização Mundial da Saúde define três níveis de prevenção:

Nível primário, que visa prevenir um aparecimento de um problema de saúde. Incide na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Nível secundário tem como objectivo curar a doença, parar ou abrandar a sua progressão.

Nível terciário visa diminuir as consequências e repercussões de uma doença retardar ou suspender a sua progressão mesmo que o problema persista.”

Quedas nos idosos

Santos (1998, p 115) refere que:

A prevenção de queda apresenta-se como um ponto fulcral, de onde surge a importância de uma estratégia de intervenção: minimizar o risco de queda sem comprometer a mobilidade e a independência funcional do idoso. A natureza multifactorial das causas de queda sugere a necessidade de uma abordagem multifacetada da prevenção.

O mesmo autor citada anteriormente refere ainda que:

Prevenção primária – corresponde a uma higiene de vida mantendo uma actividade física e lutando contra o isolamento.

Prevenção secundária – pretende despistar os factores de risco ligados ao ambiente e à instabilidade da marcha.

Prevenção terciária – consiste na reeducação da instabilidade da marcha com exercícios e treino de equilíbrio e o estudo do indivíduo no seu meio ambiente apontando para a repartição ergonómica do espaço no alojamento, os medicamentos e as patologias.

III – Exposição Metodologia.

Depois de elaborada a fundamentação teórica relativo à problemática se tornou imperativo confrontar a visão teórica com os dados da realidade, ou seja, definir o planeamento da pesquisa, a revisão da análise e interpretação dos dados.

Fortin (1999. p 72) a metodologia:

“é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

A investigação científica envolve enumeras condições e operações que se desenvolvem em várias etapas. Por outro lado, é também um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico para desta forma me facilitar a encontrar um caminho para a realidade e levando a conhecer novas verdades.

No sentido de dar validade e cientificidade ao presente estudo atender-se-á a determinado número de etapas: problemática; tipo de estudo; construção de hipóteses e variáveis; selecção da população e amostra; elaboração do instrumento de colheita de dados; pré-teste e tratamento e discussão dos dados.

1 - Formulação do problema

No início de qualquer pesquisa, junto com a definição do tema, se torna necessário dar atenção à colocação do problema, a partir da qual a investigação será desenvolvida.

Oliveira (2000. p 67)

“O problema é um facto ou fenómeno que ainda não possui resposta ou explicações. Trata-se de uma questão ainda sem solução e que é objecto de discussão...”

Esta “questão”, definida como, pergunta de partida deve exprimir o mais exactamente possível aquilo que se procura saber, elucidar e compreender melhor, isto é, deve exprimir o problema a estudar.

A pergunta de partida é, então, o fio condutor de todo o trabalho de investigação, pelo que deve ser clara, exequível e pertinente.

Tendo em conta as considerações acima referidas, foi formulada a seguinte pergunta de partida inerente ao estudo a desenvolver: **“Quais os factores que influenciam a queda nos idosos?”**

2 - Tipo de estudo

Após a formulação da problemática, se tornou essencial a escolha do tipo de estudo a ser efectuado. Assim sendo, e porque se trata de avaliar o nível de informação de que necessitam os idosos sobre quedas, mais do que explicar a causalidade dos factos, foi escolhido o método correlacional por ser o que permite uma compreensão mais racional dessa necessidade dos idosos. O trabalho de investigação realizado é um estudo correlacional e transversal.

Fortin (1999, p.176):

" Estudo baseado na exploração de relações advém do facto de nos perguntarmos em que medida a aparição de um fenómeno se acompanha da aparição de um outro fenómeno"

3 - Definição de variáveis

Quivy (1992), define como variável:

A todo o atributo, dimensão ou conceito susceptível de assumir várias modalidades. Quando um conceito apenas tem um único atributo ou indicador, a variável identifica-se com o atributo (por exemplo, a idade). Quando um conceito é composto por dimensões ou atributos, a variável é o resultado da agregação das dimensões e atributos...

Em investigação variável é qualquer aspecto que é observável, mensurável, que pode ser susceptível de mudança. Pode se alterar em qualidade ou em quantidade. Existem vários tipos de variáveis de acordo com a sua utilização em investigação.

3.1 - Variável dependente

A variável dependente não pode existir só por si, esta depende sempre de outra variável, variando pela acção da variável independente.

Fortin (1999, p 80),

“a variável dependente (...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta, o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”

A variável dependente intrínseca a este trabalho de investigação é “As quedas nos idosos”.

3.2 - Variável independente

A variável independente se mantém por si própria, podendo ser manipulada pelo investigador. É a causa e aparece geralmente em primeiro lugar na hipótese.

A operacionalização das variáveis consiste em torná-las mensuráveis, ou seja, é escolher indicadores que são manifestações objectivamente observáveis e possíveis de ser medidas.

Barreiras arquitectónicas – ausência de condições que facilitem ou permitam o acesso de pessoas com alguma incapacidade física, quer numa via ou edifício.

Idade – Pode ser entendida como a quantidade de tempo que um indivíduo possui, desde que nasceu, medida em unidade de tempo.

Doenças – Falta de saúde, diminuição do bem-estar físico-psíquico, desequilíbrio causado por um ou mais agentes num indivíduo incluindo num contexto.

Terapêutica – relativo ao tratamento das doenças, susceptível de curar uma doença. São constituintes químicos que actuam no organismo, de forma a tentar reverter o estado de crise do organismo.

4 - Construção de hipóteses

A hipótese possui um papel muito importante na organização da pesquisa, permitindo conduzi-la com ordem e rigor, evitando a dispersão. Visa propor explicações para certos factos e ao mesmo tempo orientar a busca de outras informações.

Fortin (1999, p 96)

“a hipótese é um enunciado formal de relações entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (proposição).”

Uma hipótese é uma previsão experimental, ou uma relação entre duas ou mais variáveis que traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, estando sujeitas à testagem empírica através da colheita e análise dos dados.

As hipóteses foram elaboradas tendo presente o problema que se pretende estudar, bem como o conteúdo abordado na fundamentação teórica.

Hipótese 1 – Existe relação entre as barreiras arquitectónicas e as quedas nos idosos.

Hipótese 2 – Existe relação entre as doenças que apresenta os idosos e as quedas nos idosos.

Hipótese 3 – Existe relação entre terapêutica e as quedas nos idosos.

Hipótese 4 – Existe relação entre a idade e as quedas nos idosos.

Ainda segundo o mesmo autor citado anteriormente, se tratam de hipóteses simples de causalidade, uma vez que exprimem a relação entre uma variável independente e uma variável dependente. A variável independente é a causa de mudança da variável dependente.

5 - Definição de população/amostra

Para realizar o estudo foi necessário um determinado universo ou população, onde o investigador testou as suas hipóteses e confirmou ou não a relação que estabelece com as variáveis.

Fortin (1999,p 41)

“população é o conjunto de elementos ou pessoa que partilham características comuns, as quais são definidas por critérios estabelecidos”.

Neste estudo a população corresponde aos idosos do Concelho de Ponte da Barca.

Fortin (1999, p.202)

“a amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) e deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”

Neste estudo a amostra ocasional corresponde aos idosos que habitem a freguesia de Paço Vedro de Magalhães.

6 – Instrumento de recolha de dados

A escolha do instrumento de recolha de dados se deve ao tema seleccionado, assim como às características da população.

Fortin (1999, p 230)

“a natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.”

O instrumento de recolha de dados é um meio de pesquisa utilizado pelo investigador para recolha de informações úteis, para posteriormente se submeterem a uma análise e tratamento

estatístico, possibilitando obter conclusões, tendo em conta a pergunta de partida, hipóteses e fundamentação teórica.

Visto que se tratou de uma população idosa, prevendo a existência de analfabetos e com dificuldade em interpretar algumas questões, Se optou por uma entrevista semi-estruturada para os idosos (Ver Anexo I) que permite complementa a pesquisa documental.

Fortin (1999, p.247):

Na entrevista parcialmente estruturada, o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, fórmula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente sendo uma ordem que lhe convém. O objectivo visado é que no fim da entrevista todos os temas propostos tenham sido cobertos.

A entrevista semi-estruturada além de valorizar a presença do entrevistador, permite também aos entrevistados a liberdade e a espontaneidade necessária, o que contribui para enriquecer a investigação. No desenrolar da entrevista se cria uma relação de interacção se gerando uma atmosfera de influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado.

A entrevista semi-estruturada deste estudo é constituída por 30 questões, dividindo em duas partes. A primeira visa a caracterização da amostra e a segunda parte pretende identificar factores de risco para a queda no idoso. Este, foi aplicado de forma aleatória aos idosos do concelho de Ponte da Barca, os dias: 05 e 06 de Agosto de 2007.

Outro instrumento de colheita de dados aplicado foi uma grelha de observação que se destinava a orientar na identificação das barreiras arquitectónicas existentes nas casas. Este suporte informativo foi elaborado por mim de acordo com os dados existentes no quadro teórico.

6.1 – Pré – Teste

O formulário precisou de ser testado antes da sua utilização definitiva. O processo mais utilizado para averiguar a sua validade é o pré-teste, permitindo verificar possíveis lacunas.

Fortin (1999, p 250)

“o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.”

O pré-teste deverá ser aplicado a uma população com características semelhantes à população alvo. Posteriormente, os dados do pré-teste devem ser analisados e proceder às respectivas correcções, proporcionando um instrumento de colheita compreensível, válido e fiável.

O pré-teste foi aplicado a 10 idosos da população alvo, que posteriormente foram excluídos da amostra. Após a análise do mesmo, não houve necessidade de ser reformulado a entrevista semi-estruturada, uma vez que não surgiram dificuldades por parte do inquirido em responder a qualquer questão.

7 - Aspectos Éticos da Investigação

Actualmente, existe uma preocupação crescente com a protecção dos indivíduos utilizados como sujeitos de investigação.

Fortin (1999, p. 110) salienta que,

Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.”

“A ética é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.

Independente da natureza do projecto de investigação, os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da equidade serão respeitados e orientarão todos os

momentos da investigação. O investigador deve se basear no reconhecimento do valor absoluto da pessoa humana, respeitando os valores morais e culturais do indivíduo. O relacionamento entre investigado e investigador deve decorrer num ambiente de confiança e respeito mútuo. O investigador deve informar sobre a natureza, objectivos e procedimentos do seu estudo, deve obter consentimento informado e voluntário por parte dos indivíduos e ou tutores responsáveis.

Deverá ser assegurada a confidencialidade, o anonimato dos dados colhidos, a segurança, intimidade e dignidade dos indivíduos. Não se deve manipular a pessoas, os dados e resultados. Neste âmbito e tendo em conta as directrizes legais, irá ser elaborado um documento em que se informa os idosos entrevistados, acerca do estudo em causa, procurando respeitar todos os direitos, tais como o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade.

8 - Tratamento dos dados

Os dados recolhidos foram submetidos ao tratamento estatístico que é fundamental para dar organização e sentido aos dados permitindo a apresentação, análise e interpretação e discussão dos dados. A análise dos dados foi efectuada através do *Statistical Package for Social Sciences*, versão 15.

A técnica que melhor se adequa a um estudo correlacional, onde o investigador quer apreender e aprender algo que os sujeitos da investigação lhe confiam pelas suas palavras ou que o investigador regista, é a técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é um processo de descoberta, de organização sistemática de transcrição de entrevistas, com o objectivo de aumentar a compreensão desses dados e de os poder transmitir.

Quivy (2003, p.226; p.227):

A análise de conteúdo incide sobre mensagens tão variadas (...) O lugar ocupado pela análise de conteúdo na investigação social é cada vez maior, nomeadamente porque oferece possibilidade de formar metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade, (...)

IV - Exposição Empírica.

1 – Análise dos resultados da amostra.

Nesta exposição empírica foi utilizado um inquérito que serviu de instrumento de colheita de dados sobre variadas quedas em diversas situações e por diversos motivos. Assim sendo, e de acordo com os resultados obtidos é possível verificar nos quadros que se seguem mostrando a análise feita sobre cada uma das situações abaixo indicadas.

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Feminino	67	67,0
Masculino	33	33,0
Total	100	100,0

Pela análise do quadro 1 se verificou que a maioria da amostra é do sexo feminino, com uma percentagem de 67,0% em relação ao sexo masculino com uma percentagem de 33,0%.

Quadro 2 – Distribuição da amostra segundo a idade.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
[65-70]	17	17,0
[71-75]	20	20,0
[76-80]	23	23,0
[81-85]	27	27,0
86 ou mais anos	13	13,0
Total	100	100,0

Através do quadro 2 se verificou que, a faixa etária predominante na amostra estudada corresponde aos idosos entre os 81 e 85 anos (27,0%). Seguidos pelos idosos com idade entre os 76 e 80 anos (23,0%), com 20,0% aparecem os idosos com idade entre 71 e 75 anos, as idades entre 65 e 70 anos correspondem a 17,0%, e por último, com 13,0% aparecem os idosos com idade igual ou superior a 86 anos.

Quedas nos idosos

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Solteiro	36	36,0
Casado	13	13,0
Viúvo	44	44,0
Divorciado/Separado	7	7,0
União de facto	0	0,0
Total	100	100,0

Pela análise do quadro 3 se constatou que a maior percentagem pertencem aos idosos viúvos com 44,0% o que se contrasta com 36,0% idosos solteiros, em seguida com 13,0% casados e 7,0% divorciados. Se verificando assim que o viúvo predomina.

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo necessidade de ajuda.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	80	80,0
Não	20	20,0
Total	30	100,0

A partir da análise do quadro 4 se constatou que 80,0% da amostra necessita de ajuda nas actividades de vida diária e 20,0%, não necessita.

Quadro 4.1 – Distribuição da amostra segundo necessidade de ajuda nas diferentes actividades de vida diária.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (% - linha)
Sentar-se/deitar-se	30	37,5
Subir escadas/descer escadas	23	28,75
Nos cuidados de higiene	17	21,25
Na alimentação	3	3,75
Na eliminação (utilizar W.C)	7	8,75

Quedas nos idosos

De acordo com a análise do quadro 4.1 se verificou que 30 dos 80 idosos pertencentes à amostra necessitam de ajuda para subir/sentar/deitar correspondendo a 37,5%. A seguir com uma percentagem de 28,75% vem 23 dos idosos que necessitam de ajuda em subir/escadas. Seguindo 17 dos idosos necessitam de ajuda nos cuidados de higiene correspondendo a 21,25%, com uma percentagem de 8,75% 7 dos idosos necessitam de ajuda na eliminação e para finalizar com a menor percentagem de 3,75% se verifica que 3 idosos necessitam de ajuda na alimentação.

Quadro 5 – Distribuição da amostra relativamente a segurança da casa.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	100	100,0
Não	0	0,0
Total	100	100,0

Através da análise do quadro 5 se verificou que a amostra relativa que existe 100% de segurança em casa.

Quadro 5.1 – Distribuição da amostra segundo a classificação que atribui à segurança da casa.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Insuficiente	0	0
Suficiente	33	33,0
Boa	67	67,0
Total	100	100,0

Se verificou que analisando o quadro 5.1 que 67 dos idosos pertencentes à amostra consideram a segurança da casa boa com 67,0% de seguida com 33,0%, 33 dos idosos consideram suficiente e com 0% insuficiente.

Quedas nos idosos

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo a patologia.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (% - Linha)
Cardíaca	70	23,6
Respiratória	10	3,4
Neurológica	16	5,4
Músculo-esquelética	57	19,3
Gastrointestinal	26	8,8
Problemas de visão	77	26,0
Problemas de audição	30	10,1
Endócrino-metabólicas	10	3,4

Analisando o quadro 6 se verificou que 26,0% dos idosos possuem problemas de visão, 23,6% dos idosos têm uma doença do foro cardíaco, em seguida 19,3% dos idosos têm uma doença músculo-esquelética, 10,1% dos idosos referem ter problemas auditivos, 5,4% dos idosos tem doença do foro neurológico e por último com igualdade de percentagem de 3,4% os idosos com doenças do foro respiratório e endócrino.

Quadro 7 – Caracterização da amostra segundo a medicação que os idosos fazem.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (% - Linha)
Antidiabético	6	3,3
Anti-hipertensor	44	24,0
Ansiolíticos	40	22,2
Anti-inflamatórios não esteroides	14	7,8
Inibidores da agregação plaquetária	18	10,0
Antidepressivos	6	3,3
Antiulcerosos	18	10,0
Diuréticos	8	4,4
Antianginosos	8	4,4
Antiparkinsonianos	2	1,1
Antidislipidémicos	4	2,2
Antiarrítmicos	12	6,7

Quedas nos idosos

A partir da análise do quadro 7 se verificou que a medicação que os idosos fazem é muito variada e combinada, se verificando ainda que a medicação mais frequente é os Anti-hipertensores correspondendo a 24,0%, de seguida os ansiolíticos com 22,2%, com igual percentagem (10,0%) encontramos os inibidores da agregação plaquetária e os antiulcerosos. Em menor percentagem estão os antiparkinsónicos correspondendo a 1,1%. Aqui a moda corresponde aos Anti-hipertensores.

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a ingestão de medicamentos.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	100	100,0
Não	0	0,0
Total	100	100,0

A partir da observação do quadro 7 se verificou que a 100% da amostra ingere medicação.

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a quantidade de comprimidos que toma por dia.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
1	10	10,0
2	7	7,0
3	17	17,0
4	13	13,0
5	13	13,0
6	10	10,0
7	3	3,0
8	24	24,0
9	3	3,0
Total	100	100,0

Analisando o quadro 9 se verificou que a maioria consome cerca de 8 comprimidos por dia correspondendo a 24,0%, seguidamente 3 comprimidos com 17,0% e com igual percentagem (13,0%) a quantidade de 4 e 5 comprimidos por dia. A menor percentagem corresponde igualmente a 7 e 9 comprimidos por dia com 3,0%.

Quedas nos idosos

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo a necessidade de instrumento auxiliar de marcha.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	64	64,0
Não	36	36,0
Total	100	100,0

Pela análise do quadro 10 se afirmou que da amostra 64 idosos necessitam de um auxiliar na marcha correspondendo a 64,0% e 36 idosos não necessitam correspondendo a 36,0% não, ou seja a moda nesta questão é o sim.

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo o instrumento auxiliar na marcha.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%- linha)
Bengala	50	78,1
Cadeira de rodas	5	7,8
Canadiana	9	14,1
Total	64	100,0

A partir do quadro 11 se observou que dos 64 idosos da amostra, que necessitam de um instrumento auxiliar na marcha, 50 idosos utilizam a bengala correspondendo a 78,1%, 9 idosos usam das canadianas como auxiliar na marcha correspondendo a 14,1% e 5 idosos a cadeira de rodas com 7,8%. A moda corresponde a bengala.

Quedas nos idosos

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo as barreiras que oferecem dificuldade ao idoso no cotidiano para se movimentar.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Portas	16	16,0
Piso	40	40,0
Escadas	20	20,0
Dimensões das divisões	10	10,0
Carpetes/Tapetes	0	0,0
Iluminação	7	7,0
Distribuição do mobiliário	7	7,0
Total	100	100,0

Pela análise do quadro 12 se constatou que 40,0% dos idosos referem como principal barreira o piso, 20,0% consideram as escadas, 16,0% as portas, 10,0 as dimensões das divisões e com igual valor (7,0%) a iluminação e a distribuição do mobiliário.

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo a razão da dificuldade na locomoção.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Dificuldade em abrir a porta	7	7,0
Escadas altas	7	7,0
Escadas escorregadias	3	3,0
Falta de espaço no quarto	10	10,0
Luz pouco intensa	5	5,0
Medo de tropeçar	10	10,0
Muitas escadas no interior	7	7,0
Piso escorregadio	41	41,0
Portado quarto estreita	10	10,0
Total	100	100,0

A partir da análise do quadro 13 se verificou que a principal razão da dificuldade impostas pelas barreiras é o piso escorregadio com 41,0%, a segunda principal razão foi apontado, com igual percentagem (10%), a porta do quarto estreita, pouco espaço no quarto e o medo de tropeçar. A dificuldade em abrir a porta, escadas altas e muitas escadas no interior foram as

Quedas nos idosos

razões apontadas correspondendo a 7,0% para cada uma, a quarta principal razão foi a luz pouco intensa com 5,0% e por último com 3,0% foi apontado a escada escorregadias.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a ocorrência de queda.

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	57	57,0
Não	43	43,0
Total	100	100,0

Após interpretação do quadro 14 se constatou que 57 idosos da nossa amostra já sofreram uma queda na casa com 57,0% e 43 dos idosos da nossa amostra não sofreram uma queda correspondendo a 43,0%.

Quadro 14.1 – Distribuição da amostra segundo o motivo da queda.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%-linha)
Não se recorda	10	17,6
Paralelo inseguro	3	5,3
Piso escorregadio	17	29,8
Tontura	14	24,6
Tropeço na cadeira de rodas ao sentar/levantar	3	5,2
Tropeçou na roupa	7	12,2
Tropeçou nas escadas	3	5,3
Total	57	100,0

A partir da análise do quadro 14.1 se verificou que 17 idosos que sofreram quedas apontam o motivo para piso escorregadio com 29,8%, 14 idosos apontam para tontura com 24,6%, 10 idosos referem não se recordarem com 17,6%, 7 idosos referem ter tropeçado na roupa o que corresponde a 12,2% e com igual numero de idosos (3) refiram que o motivo da queda foi paralelo inseguro, tropeço nas escadas e na cadeira de rodas correspondendo a 5,3%.

Quedas nos idosos

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo ocorrência de lesão.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (% - linha)
Sim	40	70,2
Não	17	29,8
Total	57	100,0

A partir da análise do quadro 15 se concluiu que dos 57 idosos que sofreram queda 40 sofreram lesão correspondendo a 70,2% e 17 não sofreram lesão correspondendo a 29,8%.

Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo o tipo de lesão.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (% - linha)
Hematoma	37	92,5
Fractura da anca	3	7,5
Total	40	100,0

Analisando o quadro 16 se observou que dos 40 idosos que sofreram lesão 37 sofreram hematomas correspondendo a 92,5% e 3 idosos fracturaram a anca correspondendo a 7,5%.

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo se foi hospitalizado.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%-linha)
Sim	3	7,5
Não	37	92,5
Total	40	100,0

Observando o quadro 17 se verificou que dos 40 idosos que sofreram lesão 37 idosos não foram hospitalizados com 92,5% e apenas 3 idosos foram hospitalizados correspondendo a 7,5%.

Quedas nos idosos

Quadro 17.1 – Distribuição da amostra segundo a oferta das condições após a alta.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%- linha)
Sim	3	100,0
Total	3	100,0

A partir da análise do quadro 17.1 se concluiu que os idosos hospitalizados foram garantidos as condições após a alta.

2 - Cruzamento de variáveis.

Neste ponto pretendo cruzar algumas variáveis de forma a poder interpretar e retirar dados que me permitam aceitar ou refutar as minhas hipóteses. Se:

$\text{Sigma} > 0,05$ - diferença estatisticamente não significativa.

$\text{Sigma} \leq 0,05$ – diferença estatisticamente significativa.

Quedas nos idosos

2.1 - Hipótese 1 – Existe relação entre as barreiras arquitectónicas e as quedas nos idosos.

Quadro 18 – Distribuição da amostra referente ao cruzamento da ocorrência de queda e do motivo da queda.

		Queda				Total	
		Não		Sim			
		N	%	N	%	N	%
		43	100,0			43	43,0
Motivo Da Queda	Não se recorda			10	17,6	10	10,0
	Paralelo inseguro			3	5,3	3	3,0
	Piso escorregadio			17	29,8	17	17,0
	Tontura			14	24,6	14	14,0
	Tropeçou na cadeira de rodas			3	5,2	3	3,0
	Tropeçou na roupa			7	12,2	7	7,0
	Tropeçou nas escadas			3	5,3	3	3,0
Total		43	100,0	57	100,0	100	100,0

A partir da análise do quadro 18 se verificou que a principal causa apontada para a queda nos idosos é piso escorregadio correspondendo a 29,8%, no entanto outras causas apontadas como barreiras arquitectónicas, tal como o paralelo inseguro e tropeço nas escadas e tropeçou na cadeira de rodas aparecem em menor percentagem (5,3% para cada uma). Relativamente a outras causas apontadas como consequência da queda aparecem em maior percentagem, o caso da tontura com 24,6% e o tropeço na roupa (12,2%).

Quadro 18.1 – Teste do qui-quadrado.

Teste do qui-quadrado	Valor	GL	Significância
	100	7	0,00

As variáveis em estudo têm relação uma vez que, a significância é menor que 0,05 logo se verificou em parte que as barreiras influenciam a queda.

Quedas nos idosos

2.2 - Hipótese 2 – Existe relação entre as doenças e as quedas nos idosos.

Quadro 19 – Distribuição da amostra referente ao cruzamento da ocorrência de queda e o tipo de doença.

		Queda				Teste qui-quadrado		
		Não		Sim		Valor	GL	Sigma.
		Nº	%	Nº	%			
D. Cardíaca	Não	17	56,7	13	43,3	0,782	1	0,376
	Sim	26	37,1	44	62,9			
D. Respiratória	Não	38	42,2	52	57,8	0,136	1	0,713
	Sim	3	30,0	7	70,0			
D. Neurológica	Não	41	48,9	43	51,1	1,33	1	0,249
	Sim	3	18,75	13	81,25			
D. Músculo-esquelética	Não	16	37,2	27	62,3	0,222	1	0,638
	Sim	27	47,4	30	52,6			
D. Gastrointestinal	Não	34	45,9	40	54,1	0,151	1	0,697
	Sim	10	38,5	16	61,5			
Problemas de visão	Não	13	56,5	10	43,5	0,709	1	0,400
	Sim	30	38,9	47	61,1			
Problemas de audição	Não	23	32,8	47	67,2	2,851	1	0,910
	Sim	20	66,7	10	33,3			
Endócrino-metabólicas	Não	37	41,1	53	58,9	0,739	1	0,390
	Sim	7	70,0	3	30,0			

O que se constatou com a análise do quadro 19 é que existe uma maior percentagem para os idosos que sofreram uma queda é com doenças do foro cardíaca (62,9%), respiratória (70,0%), neurológica (81,25%), músculo-esquelética (52,6%), gastro-intestinal (61,5%), problemas da visão (61,1%) em relação aos que possuem estas doenças e não caíram. Se constatou que os idosos com problemas auditivos e não sofreram queda apresentam uma maior percentagem (67,2%) relativamente aos que possuem este problema e caíram (33,3%). O mesmo se verifica para os idosos com doenças endócrino-metabólicas que não sofreram queda (58,9%) relativamente aos que sofreram queda e possuíam esta doença (30,0%). Contudo, a tabela evidencia que as doenças não influenciam a queda no idoso, pois nenhuma significância é menor ou igual a 0,05. A diferença é estatisticamente não significativa.

Quedas nos idosos

2.3 - Hipótese 3 – Existe relação entre terapêutica e as quedas nos idosos.

Quadro 20 – Distribuição da amostra relativamente à ocorrência de queda e o tipo de terapêutica que o idoso toma.

		Queda				Teste qui-quadrado		
		Não		Sim		Valor	GL	Sigma.
		Nº	%	Nº	%			
Antidiabético	Não	37	39,4	57	60,6	0,739	1	0,390
	Sim	4	66,7	2	33,3			
Anti-hipertensores	Não	28	50,0	28	50,0	0,197	1	0,657
	Sim	18	40,9	26	59,1			
Ansiolíticos	Não	30	50,0	30	50,0	0,271	1	0,602
	Sim	16	40,0	24	60,0			
Anti-inflamatorio não esteroides	Não	30	34,9	56	65,1	0,709	1	0,400
	Sim	8	57,1	6	42,9			
Inibidores da agregação Plaquetária	Não	30	36,6	52	63,4	0,782	1	0,376
	Sim	10	55,6	8	44,4			
Antidepressivos	Não	37	39,4	57	60,6	0,739	1	0,390
	Sim	4	66,7	2	33,3			
Antiulcerosos	Não	40	47,8	42	52,2	0,524	1	0,469
	Sim	6	33,3	12	66,7			
Diuréticos	Não	40	43,5	52	56,5	0,632	1	0,427
	Sim	2	25,0	6	75,0			
Antianginosos	Não	39	42,4	53	57,6	6,036	1	0,014
	Sim	6	75,0	2	25,0			
Antiparkinsónicos	Não	45	45,9	53	54,1	0,791	1	0,374
	Sim	1	50,0	1	50,0			
Antidislipídemicos	Não	40	41,7	56	58,3	0,136	1	0,713
	Sim	2	50,0	2	50,0			
Antiarrítmicos	Não	40	45,5	48	54,5	0,039	1	0,844
	Sim	6	50,0	6	50,0			

O que se analisou e se concluiu com o quadro 20 é que a terapêutica não influencia a queda. Se verificou as significâncias encontradas, se constatou que não existe relação entre as variáveis, significância $> 0,005$. No entanto, se observou em maior percentagem que 44

Quedas nos idosos

idosos que tomam anti-hipertensores 26 idosos sofreram uma queda correspondendo a 59,1%, dos 40 idosos que tomam ansiolíticos 24 sofreram queda correspondendo a 60,0%. Os 18 idosos que tomam antiulcerosos 12 idosos sofreram queda correspondendo a 66,7%. Relativamente aos 8 idosos que tomam diuréticos 6 sofreram queda correspondendo a 75,0%.

2.4 - Hipótese 4 – Existe relação entre a idade e as quedas nos idosos.

Quadro 21 – Distribuição da amostra relativamente à ocorrência de queda e a idade do idoso.

		Queda				Total	
		Não		Sim			
		N	%	N	%	N	%
Idade	65-70	10	58,8	7	41,2	17	100,0
	71-75	13	65,0	7	35,0	20	100,0
	76-80	7	30,4	16	69,6	23	100,0
	81-85	10	37,0	17	63,0	27	100,0
	86 ou mais	3	23,0	10	77,0	13	100,0
Total		43	43,0	57	57,0	100,0	100,0

O que se constatou com a análise do quadro 21 é que os idosos pertencentes à nossa amostra compreendidos entre 65 e 75 anos que não sofreram uma queda estão em maior percentagem (58,8% e 65,0%) que os idosos que já sofreram uma queda (41,2% e 35,0%). No entanto, se observou uma maior percentagem nos idosos que sofreram queda, relativamente aos que não sofreram, com idades compreendidas entre 76-80 anos com 69,6%, entre 81-85 anos correspondendo a 63,0% e com 86 ou mais anos com 77,0%. Assim, se verificou que com o aumento da idade o idoso tem maior tendência para a queda.

Quadro 21.1 – Teste do qui-quadrado.

Teste do qui-quadrado	Valor	GL	Significância
	3,176	4	0,529

O quadro 21.1 se evidenciou que a idade não influencia a queda do idoso, pois a significância é maior que 0,05. A diferença é estatisticamente não significativa.

3. - Análise da grelha de observação

3.1 - Área exterior.

No que respeita ao tipo de acesso do exterior foram observados casas com no mínimo de dois degraus e no máximo dez degraus e com apenas com corrimão de um dos lados e verificou três casas com rampa provisória que molhada é escorregadia, não oferecendo uma boa segurança ao idoso. O piso externo era regular, com alguns obstáculos e objectos proporcionais à queda, no entanto apresentava deformidades pouco acentuadas.

3.2 – Áreas internas

3.2.1 - Quartos

Nos quartos se observou a disposição do mobiliário, classificado como suficiente, uma vez que apresentava alguns espaços livres. Contudo, alguns quartos tinham muita decoração não deixando espaços livres.

3.2.2 - Casa de banho.

Se observou que todas as portas de acesso das casas de banho abriam para o seu interior, o que numa eventual queda o idoso pode cair junto da porta e impedir a abertura da mesma. A largura da porta foi considerada suficiente uma vez que possuía no mínimo 80 cm de largura. O tipo de piso era regular, no entanto era escorregadio sobretudo quando molhado. Se observou a presença de tapete anti-derrapante no interior da banheira e nas base de chuveiro.

3.2.3 - Sala de estar

Relativamente a sala de estar não apresentavam fios na zona de passagem, assim como tapetes, o que não constituirão como obstáculos, prevenindo a queda no idoso. As salas de estar eram mobiladas com cadeiras e mesas. Sabendo que os idosos utilizam muitas vezes esta mobília como apoio para se levantar e sentar, se revela assim, um factor importante para a prevenção da queda. A iluminação deve possibilitar várias actividades, esta foi considerada

suficiente, no entanto devido à diminuição da acuidade visual no idoso havia de existir mais luminosidade artificial para permitir um discernimento dos detalhes.

3.2.4 – Escadas

As escadas do interior que davam acesso aos pisos eram de altura adequada para o idoso, eram de cor escura o que exige boa iluminação para permitir um bom discernimento dos detalhes, a iluminação foi classificada de suficiente, a intensidade de luz artificial deverá ser aumentada. É também importante a presença de faixas de cor viva antiderrapantes para facilitar a visualização do degrau prevenindo a queda, o que não se observou.

3.2.5 – Portas

As portas devem ter cerca de 80cm de largura, não devem abrir para áreas de circulação. A largura das portas foi considerada de suficiente uma vez que a largura era de 80cm, no entanto em quartos de idosos que necessitam de cadeiras de rodas a largura da porta deveria ser de 90cm para permitir uma melhor mobilidade.

3.2.6 – Corredores.

Os corredores devem ter pisos antiderrapantes e iluminação adequada. O piso não apresentava cores contrastantes, estas podem dar a impressão de alterações em altura, confundir o idoso e causar quedas. Se apresentava regular, mas quando molhado é escorregadio. A iluminação foi considerada suficiente nos corredores que davam acesso as outras partes da casa, oferecendo uma boa visibilidade aos idosos dentro das suas respectivas casas.

4. – Discussão dos resultados.

Se recolheu, se analisou e se interpretou, restou comparar com a fundamentação teórica que se abordou na realização desse estudo. Ao iniciar do trabalho propus identificar factores que podem influenciar as quedas dos idosos. Para realizar o estudo se recorreu a uma amostra de 100 idosos da Freguesia de Paço Vedro de Magalhães.

Pela analisar e reflectir os dados apresentados se concluiu que a maioria da nossa amostra são do sexo feminino correspondendo a 67 idosos (67,0%). A faixa etária predominante da amostra estudada corresponde aos idosos entre os 81 e 85 anos com uma percentagem de 27,0%, seguido pelos idosos com idade entre 76 e 80 anos com 23,0%. A idade do idoso foi uma pergunta que cruzamos com a pergunta direccionada ao idoso se já sofreu alguma queda (tabela 21), para verificar a hipótese que se levantou; “Existe relação entre a idade e as quedas nos idosos”. Se analisou os resultados verificando que dos 65 até aos 75 anos existe uma maior percentagem dos idosos que não sofreram queda em relação aos que sofreram queda. A partir dos 76 anos de idade se observou um aumento da percentagem de quedas nos idosos em comparação aos que não sofreram, se registrou uma maior percentagem (77%) nos idosos com 86 ou mais anos.

Resultados semelhantes foram publicados pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001), onde a ocorrência de quedas por faixas etárias a cada ano correspondia a 32% em pacientes de 65 a 74 anos, 35% em pacientes de 75 a 84 anos, aumentando para 51 % em pacientes acima de 85 anos, se observou assim, igualmente, um aumento da frequência da queda com a idade. E pela Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia (2006), onde as ocorrências de quedas correspondem de 15% a 28% em pacientes com idade compreendidas dos 65 a 74 anos e de 35% em pacientes com idade superior a 75 anos. No entanto, a hipótese não é aceite neste estudo, uma vez que a significância resultantes do cruzamento da idade com a ocorrência de queda é 0,529 (superior a 0.05), isto significa que a idade não influencia a queda.

Relativamente ao estado civil existe um predomínio de idosos viúvos com uma percentagem de 44,0%. No que respeita à necessidade de ajuda nas actividades de vida diária se verificou que cerca de 80% da nossa amostra necessita desta ajuda.

Quedas nos idosos

O facto de ser dependente nas actividades de vida diária pode ser propício para o risco de quedas. Segundo um trabalho publicado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2001): os idosos de 75 a 84 anos que necessitam de ajuda nas actividades de vida diária (comer, tomar banho, higiene íntima, vestir-se, sair da cama, continência urinária e fecal) têm uma probabilidade de cair 14 vezes maior que pessoas da mesma idade independentes. E pela Sociedade Americana de Geriatria e Gerontologia (2005): que os idosos com idade superior a 74 anos, que necessitam de ajuda para actividades de vida diária tem uma probabilidade de cair 20 vezes superior a de um idoso independente. Os idosos quando abordados se sentiam seguros em casa a resposta foram unânimes com um sim.

Como já se referiu no enquadramento teórico são diversas as condições patológicas que ameaçam a estabilidade e o equilíbrio, contribuindo para as quedas. Netto (1996) refere principalmente as doenças cardíacas, neurológicas, doenças degenerativas das articulações, problemas da visão e audição, doenças pulmonares e endócrino-metabólicas, como factores de risco para as quedas. No estudo a totalidade da amostra referiu ter uma ou mais doenças. Cerca de 77 idosos referiu ter problemas de visão correspondendo a uma maior percentagem 7,0%, outras doenças também significativamente apontadas estavam relacionadas com o foro cardíaco com 70,0%, músculo-esquelético com uma percentagem de 57,0% e problemas auditivos com 30%.

Para aceitar ou refutar a hipótese “Existe relação entre as doenças e as quedas nos idosos” cruzamos a pergunta que identificava as doenças que o idoso referia ter com a ocorrência de quedas (tabela 19). Se observou os resultados se verificando uma maior percentagem para os idosos que sofreram queda com doenças do foro neurológico (81,25%), respiratória (70,0%), cardíaca (62,5%), gastrointestinal (61,5%), problemas da visão (61,5%), músculo-esquelético (52,6%) em relação aos que possuem estas doenças e não caíram. T. Santos e J.A. Pereira (2003) refere que as doenças associadas ao envelhecimento contribuem para as quedas.

Contudo, a tabela evidenciou que as doenças não influenciam a queda no idoso, pois nenhuma significância obtida é menor ou igual a 0,05. Existe uma diferença significativa entre as doenças e as quedas, o que poderá ser explicado pelo simples facto de muitos idosos considerarem determinadas doenças como “normais para a idade”, não valorizando.

Quedas nos idosos

No diz que respeita à medicação 100% da amostra toma medicação, sendo ela variada e combinada com maior percentagem para os Anti-hipertensores (24,4%) e os ansiolíticos (22,2%). A totalidade de número de comprimidos que toma por dia em maior percentagem é 8 comprimidos correspondendo a 24,0%. Júnior e Heckmann (2002) salientam que vários estudos indicam uma associação entre o uso de medicações e quedas, revelando um aumento de risco de 6 vezes.

Assim, a medicação é apontado como um factor de risco intrínseco para a queda nos idosos. Como tal se cruzou a questão referente ao tipo de medicação que o idoso tomava e a ocorrência de quedas (tabela 20) para verificar a validade da hipótese, “Existe relação entre a terapêutica e as quedas nos idosos”. A hipótese não é aceite, neste estudo, uma vez que quando se cruzam as variáveis nenhuma significância obtida é menor ou igual a 0,05. No entanto, o mesmo autor acima citado refere que o uso de mais de quatro medicações prescritas possui um risco até três vezes maiores de quedas.

No estudo se analisou a tabela 20, igualmente identificando a medicação que poderia ter mais influência na queda do idoso. Assim, se verificou uma maior percentagem de quedas em idosos que tomavam diuréticos (75%), antiulcerosos (66,7%), ansiolíticos (60,0%) e anti-hipertensores (59,1%), o que vai em parte, de encontro ao que é referido pelo autor e no enquadramento teórico.

Relativamente às barreiras identificado pelos idosos como dificultadoras da movimentação no quotidiano foi em maior percentagem considerado o piso (40%). Apontando a principal razão para piso escorregadio correspondendo a 40% A partir da análise da grelha se identificou as barreiras arquitectónicas igualmente se constatou que o piso em todas as divisões é escorregadio, principalmente quando molhado. T. Santos e J.A. Pereira (2003) refere que os riscos ambientais têm também um papel importante nas quedas estando implicados em mais de 50% dos casos.

Com base no corpo teórico se elaborou a seguinte hipótese: “Existe relação entre barreiras arquitectónicas e as quedas nos idosos”. Para aceitar ou refutar esta hipótese se cruzou as perguntas relativamente à razão da queda e ocorrência de queda. Assim, se constatou constatar através da análise da tabela 18 que a principal causa apontada para a queda é piso

Quedas nos idosos

escorregadio (29,8%), Versnon (2001) acrescenta aproximadamente 10% das quedas ocorrem nas escadas, no estudo a queda nas escadas aparece com uma percentagem de 5,3%. A hipótese acima referida é aceite uma vez que a significância resultante do cruzamento da queda e da razão da queda é 0,00, sendo menor que 0.05, isto significa que as barreiras arquitectónicas influenciam as quedas.

Observando os resultados se verificou que 64,0% da amostra necessita de um instrumento auxiliar na marcha sendo identificados três com maior percentagem para a bengala (78,1%), em seguida as canadianas (14,1%) e a cadeira de rodas (7,8%). No entanto, apesar destes instrumentos servirem como auxiliares na marcha ajudando a prevenir a queda, também podem ser considerados um factor de risco para a queda, uma vez que exigem precauções no seu manuseamento e um ambiente seguro, sem obstáculos.

No estudo se verificou que 57 idosos da amostra já sofreram uma queda, correspondendo a 57,0%. Dos 57 idosos da amostra que sofreram quedas, 92,5% corresponde a hematomas e apenas três idosos fracturam a anca correspondendo a 7,5%, sendo também hospitalizados e que referem a garantia das condições após a alta. Júnior e Heckmann (2002) referem que as lesões resultantes de quedas são comuns, ocorrendo em um terço a três quartos delas, embora a maior parte seja de pequena gravidade e mais de metade dos pacientes não procure atendimento médico. A maior parte das lesões graves e fracturas nos pacientes idosos é decorrente de quedas, embora as fracturas ocorram em menos de 10% desses eventos.

V – Conclusão.

O presente trabalho consistiu basicamente em identificar quais os factores que influenciam as quedas nos idosos que moram numa freguesia em Ponte da Barca, sendo possível se as barreiras arquitectónicas, a idade, as doenças e a polimedicação influenciam a queda dos idosos.

O maior número de idosos pertencem faixa etária entre os 81 e 85 anos, se registrou um aumento da frequência de quedas a partir dos 76 resultante do cruzamento das variáveis idade/queda. No que respeita às necessidades de ajuda nas actividades de vida diária 80% dos idosos necessita dessa ajuda. Para muitos autores os idosos dependentes nas actividades de vida diária têm maior probabilidade de cair que os idosos independentes.

- As barreiras arquitectónicas são as principais causas das quedas nos idosos. O piso foi considerado pelos idosos a principal barreira na movimentação no seu dia-a-dia, sendo também considerado a principal razão da queda, com uma percentagem correspondendo a 41,0%.
- Em relação às lesões provocada pela queda estas são em maior percentagem de pequena gravidade (92,5%) e apenas 3 idosos dos 57 idosos que sofreram quedas foram hospitalizados.
- No presente estudo se verificou que apenas a hipótese “existe relação entre as barreiras arquitectónicas e as quedas nos idosos” foi aceite.
- As restantes hipóteses “existe relação entre a idade e as quedas nos idosos”, “existe relação entre as doenças e as quedas” e a hipótese “existe relação entre a medicação e as quedas nos idosos” não foram aceites uma vez que, as significâncias resultantes do cruzamento das variáveis é sempre superior a 0,05.
- Relativamente às doenças, no estudo, como mais significativas na influência das quedas, foi identificado a doença do foro neurológico, respiratório, cardíaca, gastrointestinal, problemas de visão e músculo-esquelético.

Quedas nos idosos

- No estudo os idosos consomem em média 8 comprimidos por dia, sendo os hipertensores o mais ingerido com 24,4% e em seguida os ansiolíticos com 22,2%.
- A queda no idoso é o somatório de um conjunto de factores internos, nomeadamente as mudanças físicas associadas à idade, coexistência de várias doenças, polimedicação, e um conjunto de factores externos como, piso escorregadios e irregular, tropeços na roupa e nos auxiliares da marcha, entre outros. A identificação de riscos ajudam a avaliar os problemas existentes e a planear estratégias de intervenção.
- Desta forma, torna-se importante referir que o papel dos profissionais de saúde torna-se primordial, devendo fazer chegar a toda a comunidade a complexidade da queda nos idosos, todos os seus conceitos, e princípios que se encontram ainda indefinidos na nossa sociedade. Os enfermeiros devem efectuar educações para a saúde no âmbito de prevenção de quedas nos idosos e devem informar e efectuar ensinios aos cuidadores para prevenirem quedas nos idosos.

No termo desse estudo, gostaria de referir que a principal dificuldade sentida parte do facto de se tratar do primeiro trabalho desta índole, conciliado com a escassez do tempo associado com as aulas teóricas e estágios. Espero que este estudo contribua para uma reflexão crítica e pertinente sobre o tema assim como, para o continuar de futuros trabalhos nesta área, uma vez que pode ser o ponto de partida para a redução de quedas, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos idosos. Foi com muito gosto, ao longo desta caminhada que me dediquei a esse estudo, conhecendo uma realidade importante e pertinente a ser analisada. Sentindo satisfeitos ao constatar o resultado, permitindo um crescimento pessoal, académico e como futuro profissional.

VI – Bibliografia

Coord. Thomas, Clayton (2000). *Dicionário Medico Enciclopédia Taber*, 17ª edição. Editora Manoli, São Paulo.

Ermida, José Gomes (1999). *O Idosos – Problemas e realidades*, 1ª Edição Editora Formasau.

Fernandes, Purificação. (2000). *Depressão no Idoso*, Editora Quarteto, Coimbra.

Figueiredo, Nélia Maria Almeida e Tonni, Teresa (2006). *Gerontologia: Actuação de enfermagem no processo de envelhecimento*. 1ª Edição, Editora: Yendis, Porto Alegre.

Fortin, Marie-Fabienne et al (1999). *Processo Investigação*, Edições técnicas e científicas.

Júnior, Carlos Montes Paixão; Heckmanm, Marinela. (2002) - *Distúrbios da postura, Marcha e Quedas*, In Freitas S, Elisabete Viana, et al. - *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Lima, Roberto Attilio (2006). *Ortopedia e traumatologia*. 1ª Edição, Editora: Roca, Rio de Janeiro.

Mestre, Otilia (1999). *O Envelhecimento e a mobilização, Prevenção de Acidentes*, Revista portuguesa de medicina geriátrica. Volume XII- nº116.

Netto, Matheus Papaléo (1996). *A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, Editora Atheneu.

Netto, Matheus Papaléo (2006). *Geriatria fundamentos, clínico e terapêutico*. 2ª edição Editora Atheneu, Rio de Janeiro.

Oliveira, Sílvio Luiz (2000). *Tratado de metodologia Científica*, 2ª edição. Editora Pioneira, São Paulo

Quedas nos idosos

Pereira, Paula (2000). *Queda em idosos. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, nº 125, Vol. XIII, Maio, p 23.

Perracini, Mónica Rodrigues (2002). *Planejamento e adaptação para pessoas idosas*, In Freitas, Elisabete Viana, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Quivy, Ray Mond (1992). *Manual de investigação em Ciências Sociais*, 1ª edição, Editora grávida, Lisboa.

Rein Tideiksaar (2005). *Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento*. Editora Masson SA, Barcelona.

Santos, Acilda et al (1992). *Reabilitação em patologia ortotraumatológica do idoso. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, nº 48, Vol. V, Abril.

Santos, Isabel Barbosa (1998). *Queda no idoso: Reabilitação. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, nº 108, Vol. IX, Maio

Santos. T et Pereira, J.A. (2003). *Quedas quando e porque? Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, nº 154, Vol. XV, Junho

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. (1988). *Risk factors for fall among elderly persons living in the community*. N Engl J Med.

Vellas B, Faisant C, Lauque S, Sedeuilh M, Pio T. (1995). Investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico. En: Vellas B, Lafont C, Allard M, Albareda JL, editores *Transtornos de la postura y riesgos da caída. Del envejecimiento satisfactorio a la perda de autonomia*. Editora Glosa, Barcelona.

Zilmerman, Guite (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Editora Arte Médicas Sul, Porto Alegre.

VII – Anexos

Anexo I – Entrevista semi-estruturada.

NOTA INTRODUTÓRIA

Eu, Rafael José Gonçalves dos Santos, aluno da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima frequentando o 4º ano do curso de Enfermagem, pretendo desenvolver um trabalho de investigação, com o tema “*Quedas nos idosos*”.

Essa entrevista semi-estruturada tem como objectivo principal identificar as barreiras arquitectónicas que influenciam as quedas nos idosos, assim como identificar outros factores responsáveis pelas quedas.

Essa entrevista semi-estruturada é **anónima**; os dados nele contido são **confidenciais** e não serão usados para outro fim que não seja o estudo em causa, pelo que não deverá colocar nenhum dado que o identifique.

Este formulário encontra-se dividido em duas partes.

- A primeira parte é constituída por questões que visam a recolha de dados acerca da caracterização da amostra.
- A segunda parte procura saber os factores de risco que podem contribuir para a queda no idoso.

Obrigado pela colaboração

I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1 – Sexo a que pertence?

Masculino	
Feminino	

2 – Idade compreendida entre?

[65-70]	
[71 – 75]	
[76 – 80]	
[81 – 85]	
86ou mais anos	

3 – Qual é o seu estado civil?

Solteiro	
Casado	
Viúvo	
Divorciado/ Separado	
União de facto	

4 – Necessita de ajuda nas suas actividades de vida diária?

Sim	
Não	

4.1 – Se sim, em que actividades?

Sentar-se/ deitar-se	
Subir escadas/ descer escadas	
Nos cuidados de higiene	
Na alimentação	
Na eliminação (utilizar W.C)	
Outro	Qual?

I – IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS EM CASA.

0 – Constituição da casa do questionado:

Característica	Sim	Não	Nº
Quarto			
Sala			
Casa de banho			
Cozinha			
Corredor			
Varanda			
Garagem			
Aquecimento			
Desumidificador			
Humidade			

1 – Identificação das barreiras arquitectónicas no exterior.

Casa	Construído de raiz	
	Adaptado	

Tipo de acesso	Escadas	Nrº de degraus	
		Com corrimão	
		Sem corrimão	
	Rampa		

Tipo de piso	Regular	
	Irregular	
	Anti-derrapante	
	Escorregadio	

2 – Identificar barreiras arquitectónicas no interior.

2.1 - No quarto

Cama	Alta		
	Adaptada		
	Baixa		
	Apoios adaptados	Sim	
		Não	

Interruptor de luz junto à cama	Sim	
	Não	

Espaços livres	Sim	
	Não	

2.2 – Casa de Banho

Dimensão	Bom	
	Suficiente	
	Insuficiente	

Porta de acesso	Abre para fora	
	Abre para dentro	
	Largura adequada	
	Largura inadequada	

Tipo de piso	Regular	
	Irregular	
	Anti-derrapante	
	Escorregadio	

Tapetes anti-derrapantes	Sim	
	Não	

QUAIS OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A QUEDA NOS IDOSOS?

2.3 – Sala de estar.

Tapetes	Anti-derrapante	
	Soltos	
	Bordos colados	
	Ralos	

Iluminação	Boa	
	Suficiente	
	Insuficiente	

2.4 – Escadas

Altura	Altas	
	Adequadas	
	Baixas	

Corrimão	Sim	
	Não	

Iluminação	Boa	
	Suficiente	
	Insuficiente	

2.5 – Portas

Largura	Boa	
	Suficiente	
	Insuficiente	

2.6 – Corredores

Piso	Anti-derrapante	
	Escorregadio	
	Regular	
	Irregular	

QUAIS OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A QUEDA NOS IDOSOS?

Iluminação	Boa	
	Suficiente	
	Insuficiente	

II – IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO PARA A QUEDA NOS IDOSOS

1 – Sente-se seguro em casa?

Sim	
Não	

1.1 - Classifique a segurança na casa?

Boa	
Suficiente	
Insuficiente	

1.2 – Se insuficiente, porquê? _____

2 – Tem alguma doença do foro (...)

Cardíaco		
Respiratório		
Neurológico		
Músculo-esqueléticas		
Gastro-intestinal		
Problemas visuais		
Problemas auditivos		
Outra		Qual?

3– Faz alguma medicação?

Sim	
Não	

QUAIS OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A QUEDA NOS IDOSOS?

3.1 - Se sim, a que grupo pertence?

		Nº de comprimidos	
Antidiabético			
Anti-hipertensor			
Ansiolíticos			
Anti-inflamatórios não esteroides			
Inibidores da agregação plaquetária			
Antidepressivos			
Antiulcerosos			
Diuréticos			
Antianginosos			
Outro		Quais:	

4 – Necessita de algum instrumento auxiliar na marcha?

Sim	
Não	

4.1 – Se sim, qual?

Bengala	
Cadeira de rodas	
Canadiana	

5 - Indique as barreiras que lhe oferecem maiores dificuldades no quotidiano para se locomover.

Portas	
Piso	
Escadas	
Dimensões das divisões	
Carpetes/ Tapetes	

QUAIS OS FACTORES QUE INFLUENCIAM A QUEDA NOS IDOSOS?

Iluminação	
Distribuição do mobiliário	
Outros:	

6 – Já alguma vez sofreu alguma queda em casa?

Sim	
Não	

6.1 – Sofreu alguma lesão?

Sim	
Não	

6.1.1- Se sim, qual?

Hematoma	
Fractura da anca	

6.2 - Foi hospitalizado?

Sim	
Não	

6.2.1 - Aquando da alta foram-lhe garantidas por parte do enfermeiro as condições necessárias à sua situação?

Sim	
Não	