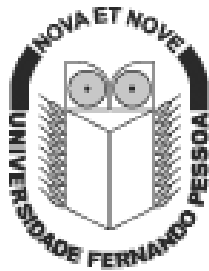


Alix Daniel Alves Augusto, nº 14413

Quais os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem – 4º Ano

Porto 2008



Alix Daniel Alves Augusto, nº 14413

Quais os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem – 4º Ano

Porto 2008

Alix Daniel Alves Augusto, nº 14413

Quais os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia

Alix Daniel Alves Augusto

---

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

## SUMÁRIO

É do conhecimento de todos que Portugal está a envelhecer. O envelhecimento populacional é uma realidade dos países desenvolvidos e que acarreta inúmeros problemas sociais e económicos, dentro dos quais a escassez de apoios na prestação de cuidados aos idosos e suas famílias começa a ser uma realidade, recorrendo assim cada vez mais a institucionalização dos seus idosos, um dos problemas que afectam este grupo etário é as quedas e suas causas inerentes

As Quedas são a principal causa de perda de independência em pessoas com mais de 60 anos. Estas podem levar a consequências gravíssimas a diversos níveis (psicológicas, físicas e sociais).

Como futuro Enfermeiro e acompanhando esta situação de perto, considero pertinente e torna-se fundamental a identificação de factores de risco para a ocorrência de quedas de forma a serem implementadas regras de prevenção e assim diminuir a sua ocorrência.

Por tudo isto, e sensível a esta problemática, escolhi para tema do estudo: “Quais os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia” este encontra-se dividido em três grandes partes: fundamentação teórica, metodologia, análise, discussão de resultados e conclusão.

Esta investigação é quantitativa de nível I, tendo um carácter exploratório/descritivo. Como instrumento de colheita de dados utilizei o questionário, que será dirigido à amostra populacional do estudo. A instituição Misericórdia de V.N. de Gaia, que possui quatro lares, estes localizados na Madalena, Gulpilhares e dois em Santa Marinha. O numero de pessoas, para uma amostra significativa de cada lar foi determinado por uma formula e obedecendo a certas condições para abranger uma população alvo.

Os resultados indicam que numa população de 166 pessoas entrevistadas, 47 (28,3%) sofreram uma queda no último ano, maioritariamente no quarto, a casa de banho foi o segundo local onde se verificaram mais quedas. Foram analisadas assim várias variáveis na tentativa de determinar as causas das quedas, e por conseguinte formular estratégias para as prevenir.

“Sei que um dia vou morrer, embora não saiba como, nem quando. Num certo lugar, bem no fundo de mim, sei disso. Sei que um dia terei de deixar os que me são queridos, a não ser que sejam eles a deixar-me antes. É esse saber mais profundo, mais íntimo, o que tenho em comum com todos os outros humanos. Por isso é que a morte de outrem me toca. Ela permite-me penetrar no âmago da única verdadeira questão: que sentido tem, então, a minha vida?”

Marie Hennezel (1997)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais por estarem sempre por perto para me apoiarem e pelos seus sacrifícios para me proporcionarem realizar este sonho de ser Enfermeiro.

Aos meus amigos por todo o apoio e compreensão ao longo deste período.

Ao meu mano por simplesmente estar por perto nas horas de maior necessidade

A Maryline por todo o seu carinho, amor, paciência e compreensão sem nunca esquecer as muitas horas que juntos passamos em frente ao computador

Ao Enfermeiro António Amorim pela sua disponibilidade e transmissão incansável de conhecimento.

Aos protagonistas do estudo e a todos que estiveram directamente ligados à sua realização.

.

## ÍNDICE

0. Introdução -----	Página 13
I. Enquadramento teórico -----	Página 16
1.1. Demografia da população idosa-----	Página 16
1.2. Processo de Envelhecimento -----	Página 17
1.2.1. Envelhecimento psicossocial-----	Página 18
1.2.2. Alterações biológicas mais comuns no idoso -----	Página 19
1.3. Mitos e estereótipos relativamente ao envelhecimento -----	Página 23
1.4. Acidentes com o idoso -----	Página 24
1.4.1. Tipos de acidentes -----	Página 25
1.5. Quedas -----	Página 26
1.5.1. Epidemiologia sobre as quedas -----	Página 26
1.5.2. Consequência-----	Página 28
1.5.3. Prevenção de quedas -----	Página 29
1.6. A Enfermagem Geriátrica -----	Página 29
1.7. Apoio social -----	Página 32
1.7.1. Lares de idosos -----	Página 32
II. Fase Metodológica -----	Página 33
2.1. Questão de Partida-----	Página 33
2.2. Objectivos -----	Página 33
2.3. Tipo de estudo-----	Página 34
2.4. População alvo -----	Página 34
2.5. Amostra -----	Página 34
2.6. Variáveis em estudo -----	Página 35
2.7. Método e Instrumento de Colheita de Dados-----	Página 35

2.8. Pré-teste -----	Página 36
2.9. Aspectos éticos -----	Página 36
2.10. Tratamento e análise de dados -----	Página 37
III. Resultados-----	Página 38
3.1. Caracterização da amostra -----	Página 38
IV. Discussão dos resultados -----	Página 58
V. Conclusão -----	Página 66
VI. Referencias Bibliográficas -----	Página 70
VII. Referencia Bibliográfica On-line -----	Página 75
Anexos -----	Página 76
A) Questionário	

## ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1 – Distribuição dos idosos por género conforme a instituição (n-166) -----Página 38
- Quadro 2 – Distribuição dos idosos institucionalizados que sofreram quedas em 2008 conforme a instituição (n-166) -----Página 39
- Quadro 3 – Distribuição dos idosos por género conforme se sofreram queda, segundo a instituição (n-47) -----Página 39
- Quadro 4 – Distribuição dos idosos por grupos etários conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 40
- Quadro 5 – Distribuição dos idosos em função do estado civil conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 40
- Quadro 6 – Distribuição dos idosos em função das habilitações literárias conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 41
- Quadro 7 – Distribuição dos idosos em função da actividade profissional antes da reforma, conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 42
- Quadro 8 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição consoante o tempo de internamento no lar (n-47) -----Página 43
- Quadro 9 – Distribuição dos idosos em função da presença de doença associada conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 44
- Quadro 10 – Distribuição dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição, conforme a doença associada (n-47) -----Página 44
- Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos que toma regularmente medicamentos conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 45
- Quadro 12 – Distribuição dos idosos inquiridos que sofreu queda por instituição em função da medicação (n-47) -----Página 45

Quadro 13 – Distribuição dos idosos em função da auto avaliação da acuidade visual conforme a instituição em que sofreram queda -----	Página 46
Quadro 14 – Distribuição dos inquiridos em função dos meios de correcção da acuidade visual conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 46
Quadro 15 – Distribuição dos inqueridos em função da auto avaliação da acuidade auditiva conforme a instituição em que sofreram queda -----	Página 47
Quadro 16 – Distribuição dos inqueridos em função do uso de aparelho para correcção do défice auditivo conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 47
Quadro 17 – Distribuição dos idosos em função da dificuldade de deambulação conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 48
Quadro 18 – Distribuição dos inqueridos em função da necessidade de recurso a meios de auxiliar na deambulação conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 48
Quadro 19 – Distribuição dos idosos em função dos meios auxiliares de deambulação utilizado conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 49
Quadro 20 – Distribuição dos inquiridos em função da auto percepção de ajuda durante a deambulação conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 49
Quadro 21 – Distribuição dos idosos inquiridos em função do local de queda conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 50
Quadro 22 – Distribuição dos idosos em função das condições em que as quedas ocorreram conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----	Página 51
Quadro 23 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme a necessidade de hospitalização (n-47) -----	Página 52
Quadro 24 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme as consequências das suas quedas (n-47) -----	Página 52
Quadro 25 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme a cessação de actividades depois da queda (n-47) -----	Página 53

Quadro 26 – Distribuição dos idosos em função das actividades que deixaram de realizar com consequência de queda conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)-----Página 53

Quadro 27 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme as medidas preventivas para evitar nova queda (n-47) -----Página 54

Quadro 28 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme a caracterização do calçado que utilizava na altura de queda (n-47) -----Página 55

Quadro 29 – Distribuição dos inquiridos em função do mobiliário conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)-----Página 55

Quadro 30 – Distribuição dos idosos em função da estabilidade dos Tapetes e/ou alcatifas conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 56

Quadro 31 – Distribuição dos inquiridos em função da iluminação dos espaços conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 56

Quadro 32 – Distribuição dos inquiridos em função da acessibilidade aos interruptores conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 57

Quadro 33 – Distribuição dos inquiridos em função da altura das escadas conforme a instituição em que sofreram queda (n-47) -----Página 57

## **0. INTRODUÇÃO**

Toda a profissão tem por base um corpo de conhecimentos específicos aos quais só é possível chegar através da investigação. É este processo de procura de saber que produz inevitavelmente novos conhecimentos, que irão ser o suporte conceptual de qualquer profissão.

A investigação serve também para definir e aferir os parâmetros de uma profissão. Nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação.

É pois, segundo esta perspectiva que, a investigação em enfermagem se torna fundamental, tendo em vista novos saberes, novos conhecimentos e novas actuações.

Daí ter sido proposto este trabalho como um elemento essencial para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, pois desenvolve assim competências no âmbito de investigação em enfermagem, assimilando assim os paços necessários para a elaboração de um estudo científico de forma a obter dados válidos.

O presente trabalho insere-se no contexto do Curso da Licenciatura em Ciências de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, e o seu objecto de estudo são “Quais os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia”.

O envelhecimento é, depois da reprodução, o mais universal dos fenómenos biológicos, que tem vindo a adquirir importância crescente em todo o mundo, devido à complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais que dele recorrem.

Com o progresso da medicina, a diminuição da morbilidade e mortalidade, a melhoria das condições higiénicas, ambientais e alimentares na sociedade moderna, a duração média de vida aumentou, dando lugar ao aumento da população idosa, sendo a Europa o Continente mais envelhecido do mundo.

A maior longevidade da população leva ao aumento do número de idosos, o que vai repercutir-se a nível social, económico e político.

Ora esta longevidade repercute-se também a nível das necessidades de cuidados de saúde. É sabido que a população idosa sofre de problemas de saúde, diferenciais da população jovem, tendo estes tradução no recurso cada vez mais frequente aos serviços de saúde.

Envelhecer é um processo contínuo e irreversível, mas individual para cada indivíduo já que cada pessoa tem a sua própria maneira de viver e encarar a velhice. É um processo normal que caracteriza uma etapa da vida do homem. (Lima. J, 2002)

Reflectir sobre situações problemáticas, por si só, não é suficiente para as solucionar, sendo aqui que a investigação pode trazer novos esclarecimentos sobre os problemas no idoso, nomeadamente a problemática das Quedas no idoso.

Assim, julga-se de todo pertinente, a realização de um estudo de investigação sobre esta temática, em que a questão de partida se enquadra na problemática dos factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares, nomeadamente nos lares da misericórdia de V.N de Gaia.

Face a esta pergunta de partida formula-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a Prevalência de Quedas do idoso num Lar de Terceira Idade?
- Quais as causas das quedas nos idosos?
- Quais os locais de maior prevalência de queda?
- Qual o motivo inerente à sua queda?
- Quais são os factores de risco das quedas nos idosos?
- Quais as consequências das quedas nos idosos?

No âmbito da elaboração deste estudo e tendo em conta as questões de investigação formuladas e os respectivos objectivos traçados, optou-se pelo método descritivo-exploratório. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário que foi aplicado a uma amostra significativa de idosos institucionalizados nos quatro lares da Misericórdia de V.N de Gaia, utilizando-se a fórmula.

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \times N \times p \times q}{E^2 \times (n-1) + Z^2 \alpha/2 \times p \times q}$$

Este trabalho desenvolveu-se, em três grandes partes: fundamentação teórica, metodologia, análise, discussão de resultados e a conclusão.

Na fundamentação teórica procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica variada, com o intuito de aprofundar e solidificar os conhecimentos necessários à realização deste estudo.

A segunda parte reporta-se à investigação, abordando os objectivos, as opções metodológicas, instrumento de colheita de dados e procedimentos utilizados.

Na terceira parte encontra-se a apresentação dos resultados obtidos na investigação bem como a sua discussão.

Por fim e como reflexão do estudo realizado apresenta-se uma pequena conclusão, fazendo-se referência aos aspectos mais importantes do estudo, sendo apresentadas algumas sugestões relacionadas com os resultados obtidos.

Pretende-se que o presente trabalho seja um contributo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos nos lares.

## **I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. Demografia da população idosa**

O envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida (Carrilho e Gonçalves, 2004).

Em Portugal, uma das alterações mais significativas da evolução demográfica recente foi o envelhecimento da população a ritmo acelerado, traduzindo-se numa perda da população jovem (dos 0 aos 14 anos) e um aumento da população idosa (65 ou mais anos). Tal facto deveu-se: à diminuição da natalidade, a um aumento da esperança média de vida e do aumento da migração. (Correia, 2003).

Segundo o autor supra citado, é na Europa que a população idosa cresce mais rapidamente, continuando a ser a região mais envelhecida no ano 2050, com 35% de população idosa, sendo o grupo muito velho (85 anos ou mais), o conjunto etário com maior número de pessoas. Mais de 60% dos idosos vivem em países em vias de desenvolvimento.

Desde a década de setenta, Portugal assistiu à quase duplicação do número de pessoas com idades superiores a 65 anos, ocorrendo em simultâneo a diminuição da população com menos de 15 anos.

O fenómeno do envelhecimento populacional é um facto inegável e, para o comprovar, o Instituto Nacional de Estatística apresenta os seguintes dados, relativos a Portugal: em 1970 a percentagem dos indivíduos com mais de 65 anos era de 9,7%, tendo aumentado para 13,6% em 1991. Em 2001 haviam na UE 62 milhões de pessoas com mais de 65 anos contra apenas 34 milhões em 1960.

Actualmente os idosos representam 16% da população, ou seja, 24% da população em idade activa, que se estima subir para 27% em 2010. Considera-se a elevada esperança média de vida, nos países desenvolvidos, como um factor contribuinte do envelhecimento populacional, tem-se que, para as mulheres, este valor ronda os 79,3 anos de idade e para os homens ronda os 72,7 anos de idade. Segundo as projecções do Eurostat nos próximos quinze anos o número de pessoas “muito idosas”, com 80 ou mais anos, aumentará 50%.

Em Portugal, um milhão e meio de portugueses, tem mais de 65 anos, enquanto que a população muito idosa, com mais de 85 anos, representa cento e cinquenta mil. (Ziemerman, G. I., 1999).

Esta realidade é suportada na afirmação em que no fenómeno do envelhecimento da população parecem convergir factores tais como o desenvolvimento económico e o das ciências da saúde, conduzindo ao aumento geral das condições de trabalho, educativas, sociais e culturais, com o declínio das taxas de natalidade e fecundidade bem como o aumento da imigração. (Rosa e Vieira, 2003)

## **1.2 Processo de Envelhecimento**

Citando Ermida (1999) “Envelhecer é uma característica, por enquanto inevitável, das formas de vida mais elevadas. [...] Podemos defini-lo como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”

Tradicionalmente, a velhice tem sido associada a fragilidade, doença, dependência e falta de produtividade, ideia esta, hoje considerada errada, exigindo políticas que têm de reflectir uma mudança de mentalidade (WHO, 2002).

A distinção entre envelhecimento e velhice é efectuada por Marina (2004), afirmando que o envelhecimento é um fenómeno biológico, enquanto que, a velhice é um fenómeno cultural. Neste sentido, o envelhecimento é entendido como um processo natural e fisiológico, produzido no organismo pela idade, enquanto a velhice é considerada uma alteração no mundo cultural e social e suas formas de relação e expectativas.

Por sua vez, (Rio, 2001), refere o envelhecimento como um problema de mudança de atitudes e de interacções com o meio ambiente, mais do que as alterações fisiológicas que todos os idosos sofrem.

As consequências normais e patológicas do envelhecimento, que contribuem para uma maior incidência de queda, de acordo com (Berger, 1999), incluem a perda da acuidade visual, com uma perda da percepção de profundidade, susceptibilidade à ofuscação nomeadamente a dificuldade na acomodação à luz, alterações a nível neurológico, provocando pequenas modificações no equilíbrio e a nível cardiovascular.

Envelhecer, significa um declínio nas funções de muitos dos órgãos, tendendo a ser linear ao longo do tempo, não se verificando apenas a nível biológico, como referem Linheres e Cunha (1999), mas também a nível fisiológico e comportamental, sendo estes influenciados pelas vivências do indivíduo, desde o seu nascimento.

O envelhecimento pode ainda ser referido como um processo diminutivo, progressivo e dinâmico, no qual há alterações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e bioquímicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, desencadeando modificações no organismo, expondo-o a agressões extrínsecas e intrínsecas, ocasionando maior incidência de processos patológicos, que por fim terminam com a morte. (Netto, 1997) e (Carvalho Filho, 1997).

### 1.2.1 Envelhecimento psicossocial

Podemos referir que a fase de envelhecimento está sujeita a transformações, existindo alguns ganhos e perdas. A maneira de lidar com as situações depende dos valores, crenças e atitudes assumidas ao longo da vida. (Rodrigues et al, 2001)

Dos vários factores psicossociais estes são os mais comuns:

- **Perda de posição social:** após a reforma, sentem-se inúteis na sociedade, predominando o sentimento de inutilidade;
- **Pobreza:** associando o analfabetismo à pobreza, as pessoas idosas apresentam dificuldades em aprender novas habilidades. A pobreza dificulta a sobrevivência, alimentação, medicamentos e capacidades de gerir a habitação;
- **Solidão:** dificuldade para apanhar um meio de transporte, dificuldade financeira, incapacidade física;
- **Afeição e angústia:** perda de familiares ou amigos, geralmente da mesma idade, quando doente leva a depressão;
- **Dependência:** o sentimento de se sentir incapacitado para realizar as suas actividades de vida diária;
- **Medos diversos:** á dependência, física ou psicossocial, doença, solidão e medo á morte, podem ser as causas de doenças.

### **1.2.2. Alterações biológicas mais comuns no idoso**

Para que possamos cada vez mais incentivar os idosos a procurarem viver bem e serem felizes com essa fase da vida, é importante explicitar a diferença entre as alterações normais do envelhecimento no que respeita à própria natureza do ser humano que são transformações inevitáveis com o passar do tempo de possíveis patologias e afecções que podem vir a acometê-los.

Pode ocorrer nesse período da vida, susceptibilidade a surgimento de processos patológicos ou não. Sendo assim, é importante sabermos diferenciar dois conceitos importantes: senescência e senilidade. A senescência corresponde ao processo de envelhecimento normal, estendendo-se por todo o período da existência humana, tendo como consequência o desgaste fisiológico gradativo relacionado ao passar da idade; a senilidade corresponde ao processo de envelhecimento patológico, caracterizado por modificações somáticas, disfunções orgânicas e enfraquecimento cerebral (Vieira, 1996).

O processo de envelhecimento normal leva a uma diminuição das reservas funcionais do organismo, alterando o desempenho dos aparelhos e sistemas do corpo humano nos idosos, tais como: muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, entre outros. (Vaendervoort, 2000). Os diversos sistemas modificam-se, sendo a velocidade variável de pessoa para pessoa, além de que, a idade cronológica não está necessariamente ligada à idade biológica, tendo em vista que um indivíduo de 80 anos pode apresentar uma saúde superior há um de 60 anos (Thompson, A; Skinner, A; Piercy, 1994).

Enquanto a quantidade de tecido gorduroso aumenta, a quantidade de água, de massa celular e do conteúdo mineral ósseo, reduzem. O tecido adiposo em média aumenta entre 18% e 36% nas pessoas do sexo masculino com o avançar da idade, e de 33% a 48% nas do sexo feminino. Já a composição de água, que em uma criança corresponde a 70% do seu peso, no idoso passa a ser em média de 52%. Constatando ainda que paralelamente à diminuição da quantidade de água no organismo, com o envelhecimento ocorre também uma redução no conteúdo mineral e na massa celular, fato este que justifica a perda de peso na maioria dos órgãos (Netto, 2001)

As principais alterações anatómicas na composição e na forma do corpo, tais como a diminuição dos arcos dos pés, o aumento das curvaturas da coluna, encurtamento da coluna vertebral, aumento do diâmetro da caixa torácica e do crânio, crescimento do nariz e do pavilhão auditivo e, no que se relaciona às alterações de pele e pêlos, as glândulas sudoríferas e sebáceas,

diminuem a sua actividade levando, a pele a ficar seca e áspera e mais susceptível a adquirir infecções, tornando-se também sensível há alterações de temperatura; ocorre também nessa fase da vida, o surgimento das manchas senis, que são manchas hiperpigmentadas, castanhas, lisas e achatadas. Em geral, ocorre uma redução no número de pêlos em todo o corpo, excepto nas narinas, orelhas e sobrancelhas (Filho, e Sousa, 2000). De entre as alterações fisiológicas que surgem nos diversos sistemas com o avançar da idade, podem-se destacar:

- **Alterações no Sistema Nervoso:** Com o envelhecimento, o peso do cérebro diminui, reflectido também na diminuição da quantidade de neurónios, os quais sofrem em média uma diminuição de 50 mil a 100 mil por dia e, embora essa perda de neurónios influencie o declínio da memória e a função cognitiva, este não é o único factor responsável. Com o envelhecimento, ocorre perda na velocidade de condução nos neurónios sensoriais e motores do sistema nervoso central e periférico e perda da bainha de mielina das grandes fibras mielinizadas. Em relação às alterações sensoriais, podem-se citar as alterações visuais e auditivas. A acuidade visual diminui gradualmente com a idade até os 60 anos de vida, tornando-se mais rápida e progressiva entre os 60 e 80 anos, sofrendo ainda alterações que são importantes para a mobilidade: diminuição da discriminação espacial, limitação do olhar para cima e redução da capacidade para seguir os objectos com o olhar. A perda auditiva que também é comum aos idosos tendo como causa os déficits periféricos ou centrais, geralmente está associada à alteração patológica. As mudanças morfológicas nos órgãos vestibulares contribuem diminuindo a capacidade de orientação no espaço para além de alterar com o passar da idade. Observa-se que, além do sistema nervoso central, outras estruturas sofrem modificações originando: redução da sensibilidade dos barorreceptores e dos quimiorreceptores que são importantes na regulação da pressão arterial; diminuição dos receptores cutâneos, que são importantes componentes na percepção da temperatura; redução na velocidade de condução nervosa, além das alterações dos neurotransmissores simpáticos e parassimpáticos (Netto, 2001) e (Umphred, 2002).

- **Alterações no Sistema Muscular:** A massa muscular diminui em média cerca de 30% a 40% em pessoas com 80 anos de vida, quando a mesma é comparada com uma de 30 anos. Ocorre uma diminuição no número das fibras musculares e diminuição do seu tamanho, além de ocorrer também redução na enervação, permanecendo algumas vezes desnervadas e atrofiadas. No músculo dos idosos ocorre degeneração tanto das fibras brancas, que são as de contracção rápida, como as fibras vermelhas, que são de contracção lenta. Algumas fibras musculares desaparecem sendo substituídas por tecido conjuntivo, levando assim, ao aumento do colágeno intersticial no músculo do idoso (Jacob Filho e Souza, 2000). O comprometimento nos idosos com relação ao desempenho neuromuscular torna-se explícito quando surge a fraqueza muscular, lentidão na realização dos movimentos, perda da força muscular e fadiga precoce. Como consequência a estas alterações, os idosos passam a apresentarem limitações funcionais para caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio postural e prevenir-se contra quedas, alterações estas que levam ao comprometimento no desempenho funcional dos idosos, conduzindo na maioria das vezes a uma dependência ou para a própria incapacidade (Frontera, 2001) e (Larson, 2001).
  
- **Alterações no Sistema Respiratório:** Toda a estrutura ligada à respiração altera-se com o processo do envelhecimento. Em relação aos pulmões, ocorrem alterações nos sistemas colágeno e elástico, levando a uma conseqüente diminuição da complacência pulmonar. As paredes da via aérea intrapulmonar tornam-se menos resistentes, facilitando o colapamento expiratório. Ocorrem também dilatações dos bronquíolos respiratórios, dos ductos e sacos alveolares, gerando assim um aspecto anatómico que é denominado de uma maneira imprópria de enfisema senil (Netto, 1996). Com o envelhecimento ocorre varias alterações funcionais no aparelho respiratório, estando estas alterações relacionadas com a diminuição da elasticidade pulmonar, resultando, como citado anteriormente, em uma menor capacidade expiratória, o que favorece o incremento do volume residual. A capacidade pulmonar total pouco se altera, mas já a capacidade vital sofre o conseqüente prejuízo do aumento do volume residual, levando assim a uma alteração na relação ventilação-perfusão. A pressão parcial do oxigénio arterial diminui, porém, a pressão parcial do oxigénio alveolar não se altera. A partir dos 30 anos, estima-se uma redução da pressão parcial do oxigénio arterial de 4mmHg por década. Em consequência destas modificações pulmonares, nos idosos, há insuficiência respiratória

restritiva, obstrutiva e disfuncional, tornando-se evidência apenas em condições de esforços ou quando o idoso está com algum comprometimento patológico pulmonar (Filho, 2000).

- **Alterações no Sistema cardiocirculatório:** Com o envelhecimento, vão ocorrendo diversas alterações no sistema cardiocirculatório, entre elas podemos situar: no pericárdio e no endocárdio onde ocorre um aumento do colágeno; já no miocárdio, há degeneração das fibras com conseqüente atrofia com aumento também do colágeno e da elastina, além do depósito de gordura e acúmulo do pigmento lipofuscínico. Nas valvas, em especial a mitral e a aórtica, ocorre calcificação e espessamento; nas grandes artérias o aumento do colágeno e a diminuição do componente elástico levam a uma rigidez em suas paredes (Netto, 1996). O débito cardíaco sofre progressiva redução, mas as alterações do fluxo sanguíneo não são homogêneas em todos os sistemas. Como exemplo, o fluxo renal sofre uma redução de 50% aos 70 anos de vida, enquanto que o fluxo cerebral sofre redução de apenas 20%. Ocorre uma limitação no volume de reserva funcional do aparelho cardiocirculatório em 50% nos idosos. Esse deficit, deve-se principalmente às alterações do miocárdio, reduzindo o volume sistólico máximo e ao declínio da frequência cardíaca, levando assim a um aumento da necessidade da solicitação hemodinâmicas. É observado que em condições normais, a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas para os idosos, porém, em uma situação de sobrecarga, como exemplo emoções, esforços físicos, processos infecciosos, anemia, entre outros, a redução da capacidade de reserva pode resultar em uma descompensação (Filho, 2000) e (Alencar, 2000)

### **1.3 Mitos e estereótipos relativos ao envelhecimento**

No mundo actual, o ser humano cai, na maioria das vezes, no erro de possuir uma visão estereotipada acerca do processo de envelhecimento. A falta de conhecimentos em relação a este fenómeno leva-nos por vezes a crer que esta é uma classe inferior a qual discriminamos com facilidade.

Nas sociedades primitivas os velhos eram venerados e respeitados, possuidores de sabedoria, vistos como património e não encargo. Eram muitas vezes solicitados para gerir negócios importantes, pois, a sua experiência pessoal, era preciosa. Com a revolução industrial, estes ideais alteraram-se, imperando a força da produção que é atingida mais facilmente pelos jovens, arrastando o idoso para segundo plano. Como resultado, surge então a marginalização dos mais velhos na sociedade actual.

Por tudo isto, as atitudes da sociedade em relação à velhice são a maioria das vezes atitudes negativas, fruto em parte da auto-imagem que os idosos têm de si próprios. Na sociedade actual, na qual se cultiva a beleza e a juventude, deixa de haver gradualmente, espaço para os mais velhos. Podemos considerar que embora existam idosos que se adaptem à sua condição facilmente, a maioria deixa-se influenciar pelas ideias preconcebidas da sociedade que deixam que estas se tornem uma realidade. Verifica-se que os idosos que encaram a velhice como um processo natural, são mais felizes e inseridos mais facilmente na sociedade, contribuindo activamente para esta.

O facto de muitas vezes se desconhecer efectivamente, o processo de envelhecimento, leva-nos a conceber falsas percepções acerca dele, influenciando-o e contribuindo para o seu aceleração. Estas percepções erradas passam na sua maioria pela generalização discriminatória em que os idosos são tratados como um grupo homogéneo possuidor das mesmas necessidades e características. A ideia de que a velhice está directamente ligada à doença, aborrecimento, egoísmo, impotência sexual, rugas e aos cabelos brancos, é completamente errada. Unicamente, as rugas e os cabelos brancos, fazem parte das características mais comuns do envelhecimento, todas as outras características podem ser referentes a qualquer outro grupo etário.

Alguns estudos nesta área referem os mitos mais comuns relativamente ao que é ser-se velho. Berger (1995; 64) considera Mito como sendo “... *Uma construção do espírito que não se baseia na realidade. É uma representação simbólica.*” Assim consideramos como Mitos mais comuns:

- A maioria dos idosos é senil ou doente. Esta afirmação é de facto um Mito pois na realidade a maioria dos idosos não apresenta doenças do foro mental.
- A maior parte dos idosos é infeliz. Esta afirmação mais uma vez não corresponde á realidade, tais estudos demonstram que o nível de satisfação de vida dos idosos é muito idêntica à dos adultos.
- Os idosos são conservadores e incapazes de mudar. Com o envelhecimento, as pessoas passam a preservar a estabilidade, mas quando necessários são capazes de se adaptar a novas situações.
- Todos os idosos se assemelham. Como já foi referido, este conceito é falso, os idosos mantêm as suas características de individualidade.
- A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão. Pelo contrário, os estudos demonstram que os idosos mantêm os laços familiares e de amizade.

Todas estas ideias preconcebidas impedem os idosos de viver em pleno o seu dia-a-dia. Cabe em parte aos profissionais de enfermagem, minimizar estes mitos e estereótipos, procurando soluções objectivas para as pessoas que entraram na terceira idade.

#### **1.4 Acidentes com o idoso**

A OMS definiu acidente como um acontecimento não premeditado que resulta numa lesão detectável, cita (Mestre, 1999).

Os idosos são um grupo etário muito susceptível de sofrer acidentes, tanto no domicílio como no meio que o rodeia, como refere Bodache (2003). As causas mais frequentes são: queda em casa, atropelamento, colisões, agressões, homicídios, suicídios. De entre os factores desencadeantes de acidentes nos idosos, o mesmo autor inúmera:

- Declino fisiológico inerente ao processo de envelhecimento, como a audição, visão, entre outros.
- Maior predomínio da dor crónica
- Défice nutricional do idoso
- Alterações psicológicas, decorrente do processo de envelhecimento
- Terapêutica múltipla: anti-hipertensores, antidepressivos, Psicofármacos, ansiolíticos, diuréticos, corticoides, entre outros.
- Consumo excessivo de álcool.

Os acidentes representam a sétima causa de morte entre os 65 e 84 anos, enquanto que, para mais de 85 anos o acidente é a sexta causa de morte, estando equivalente à diabetes.

Os acidentes podem ser decorrentes de inúmeras situações e locais (rodoviários, afogamentos, incêndio, quedas na habitação, envenenamentos, assim como no decorrer das actividades desportivas e de lazer), no entanto, no que se refere aos idosos, os ocorridos na habitações e nas suas mediações, nomeadamente a queda são as mais frequentes. (Venom, 2001) e (Mestre, 1999, p.23)

#### **1.4.1 Tipos de acidentes**

São muitos tipos de acidentes que podem ocorrer entre a população idosa de acordo com Boduchene (2002) podem enumerar os seguintes:

- Instabilidade postural e quedas: 70% das causas externas são devidas a quedas acidentais durante as caminhadas dos idosos. Constata-se que uma em cada três pessoas que vivem na comunidade já sofreu uma queda uma vez por ano, após os 65 anos, enquanto os idosos com mais de oitenta anos de idade um em cada dois já caiu pelo menos uma vez caíram por ano, verificando-se assim o aumento de frequência de quedas com o avançar de idade.
- Acidentes de tráfego: dentro deste tipo destaca-se os atropelamentos, colisões, queda de motociclo ou quedas de bicicleta. Assistimos neste grupo etário o maior índice de atropelamentos
- Queimaduras: lesões da pele e/ou mucosas desencadeadas por uma fonte de calor. Podendo estas acontecer a qualquer grupo etário, esta é de maior importância nos idosos. Devido às características especiais da pele que esta comporta, a pele é mais desidratada e pouco vascularizada, esta é sujeita a lesões mais profundas e de lenta cicatrização.
- Intoxicações: trata-se da introdução de substâncias danificadoras no organismo. Os idosos são mais vulneráveis aos seus efeitos, podendo ser de origem involuntária ou mesmo criminosa, porém algumas vezes voluntária.

A prevenção e redução do número de lesões por acidente requer uma articulação ao nível de saída, educação, transportes, planeamento urbano e zonas industriais. (Mestre, 1991).

## 1.5 Quedas

As quedas tornaram-se o acidente mais frequente entre a população idosa, tendo inerentes graves complicações. É imperativo que sejam desenvolvidos esforços para reduzir a sua incidência.

Num estudo mais recente, em pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% destas declararam precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer. (Circular normativo nº13 /DGCG de 2/7/2204)

“A queda é uma fonte comum e prevenível de mortalidade e morbilidade em adultos idosos (...) No geral, as mulheres parecem sofrer queda, mais graves do que os homens. A fractura de ocorrência mais comum é a fractura da anca, resultante das co-morbilidades combinadas da osteoporose ou situação que provocou a queda. Estudos demonstram que as pessoas idosas, em decorrência das quedas, experimentam maior declínio na capacidade de realizar as actividades da vida diária e actividades sociais, têm maior probabilidade de ser internados do que as pessoas idosas que não sofrem quedas e utilizam os serviços de cuidados de saúde” (Smeltzer e Bare, 2002, p.155).

É de referir que as quedas não comportam apenas o risco iminente de fracturas mas uma série de consequências para a vida do idoso. Na sequência da queda existe a perda de confiança ao caminhar, aumenta o medo. O que condiciona a independência e diminuição da mobilidade do idoso, desencadeando outros problemas tais como a diminuição da força muscular e enfraquecimento das pernas, podendo levar á dependência total do idoso, criando isolamento social e remetendo para a institucionalização deste. (Carvalho Filho, 1997)

A maioria das quedas ocorre em casa durante o dia. Aproximadamente metade é acidental (factores extrínsecos) e, a outra metade, é devido a factores intrínsecos (transtornos de marcha, doenças cardiovasculares, distúrbios neurológicos, entre outros). (Woodward, M. et al., 2005).

### 1.5.1 Epidemiologia sobre as quedas

De acordo com Veron (2001), em cada ano, um terço dos idosos com mais de 65 anos que vivem na comunidade sofrem quedas, aumentando essa proporção para metade nos idosos com 80 anos.

Segundo Kane et al. (2004) as quedas estão entre as principais causas de morbilidade na população geriátrica. Cair não é apenas um problema isolado; em geral, as quedas são

marcadores de fragilidade e podem ser indicadores de óbito, assim como as suas causas indirectas (em geral, fracturas). Todos os anos, cerca de um terço dos indivíduos de 65 anos ou mais que vivem em lares, sofrem queda e, entre esses, cerca de 1 em 40 será hospitalizado. Cerca de metade dos pacientes idosos internados em consequência de uma queda sobreviverá por mais de um ano. Entre os residentes de instituições geriátricas de longa permanência, cerca de 50% já sofreram uma queda a cada ano e 10-25% dessas têm consequências graves.

Podemos referir que metade dos que sofrem quedas já o fez mais do que uma vez. As quedas são a principal causa de morte acidental na população com idade superior a 65 anos. No caso de idosos com mais de 85 anos, será a faixa etária na qual se verifica o aumento do número de quedas. No caso de os idosos terem de ser hospitalizados, apenas metade permanecem vivos após 1 ano de internamento. Cerca de 40% das quedas são devidas à interacção com o ambiente perigoso, 10% relacionam-se com quadros clínicos agudos com pneumonia, insuficiência cardíaca congestiva e 5% resultam de um episódio de natureza intrínseca, como o AVC ou síncope.

Segundo Woodward et al. (2005), pacientes idosos comumente se apresentam com quedas recorrentes ou lesões consequentes, tais como as fracturas femorais proximais. Cerca de 20% dos homens idosos e 40% das mulheres idosas (acima de 80 anos de idade) que vivem em casa caem num período de 12 meses. Em lares, 67% dos pacientes caem no mesmo período e 6% sofrem uma fractura. Dos que vivem até aos 90 anos, 1/3 das mulheres e 1/6 dos homens terão sofrido uma fractura proximal – uma doença com mortalidade considerável.

Na opinião de Newman e Smith (1994), a causa mais frequente das quedas é o facto de o idoso tropeçar com mais facilidade. Muitas quedas acidentais devem-se a um conjunto de factores ambientais tais como: escadas mal iluminadas, tapetes escorregadios, mesas baixas, animais de estimação, assim como alterações fisiológicas normais decorrentes do envelhecimento, como a diminuição de acuidade visual, debilidade muscular e diminuição da coordenação. As vertigens podem desencadear uma queda, assim como a hipotensão postural devido a alterações ortostáticas da tensão arterial, quando o paciente se levanta demasiado rápido de uma posição de sentado ou deitado, podendo provocar uma queda. A utilização de antidepressivos, diuréticos ou de determinados medicamentos sem prescrição podem agravar a situação. As lesões no sistema nervoso central, com os devidos acidentes cardiovasculares, podem levar a uma queda, outras causas frequentes são o aborrecimento, depressão, perda de confiança, demência avançada e alcoolismo.

### 1.5.2 Consequência das quedas

Mesmo quando a queda não acarreta uma lesão, o medo de cair novamente, a perda de confiança e a restrição da mobilidade (auto imposta ou pelos seus cuidadores) podem causar limitações significativas, (Kane et al., 2005)

Segundo a opinião de (Ruipérez e Llorente, 1998), podemos classificar as consequências das quedas em:

- Fracturas: são as lesões mais graves e frequentes relacionadas com quedas. A fractura da bacia é de grande importância devido a incapacidade e complicações que gera. Outras fracturas frequentes são a do rádio, do úmero e da pelve,
- Lesões neurológicas: hematoma subdural, como contusão cerebral (rara mas muito grave)
- Lesões associadas a longas permanências no chão: factor de mau prognóstico acarreta complicações graves, como hipotermia.
- Consequências psicológicas: medo de voltar a cair, perda da autonomia pessoal e auto estima, modificação dos hábitos de vida anteriores, atitude de protecção dos familiares e cuidadores, o que provoca a perda de autonomia e desenvolvem estado de depressão e ansiedade.
- Consequências sociais: necessidade de ajuda social para as actividades quotidianas terem de mudar de residência pelo facto de não poderem viver sozinhos, internamento em lares de idosos, hospitalização.

Embora as consequências das quedas afectam principalmente o idoso, estas podem afectar toda a família, pois acarretam preocupações aos que cuidam do idoso.

Ruiz et al (1998) refere que para além do que as quedas podem trazer, comportam elevado custo social, a nível de tratamento e internamento hospitalar. Pode-se referir que nos Estados Unidos foram gastos mais de 100 000 milhões de dólares em cuidados com idosos devido a fracturas provenientes de quedas.

### **1.5.3 Prevenção de quedas**

Segundo a Farmácia saúde (2004) existem pequenas alterações que se podem efectuar que são alguns dos factores que são propícios às quedas em idosos:

- Evitar móveis instáveis
- Evitar escadas muito inclinadas e sem corrimão
- Fixar tapetes, carpetes e tacos evitando assim que estes deslizem
- Iluminar bem a casa e facilitar acesso aos interruptores
- Ter precauções com pisos escorregadios utilizando calçado anti-derrapante
- Ter atenção às camas, sofás, cadeiras e sanitas muito altas, preferencialmente mudar o mobiliário para um mais adequado
- Não subir para bancos para aceder a prateleiras altas
- Evitar animais de estimação dentro de casa

A fisioterapia pode melhorar a marcha e o equilíbrio melhorando a boa forma e força muscular. Um colar cervical pode ser benéfico em crises de quedas e isquemia vertebrobasiliar. Pode ser necessário um equipamento para caminhar como a bengala ou andarilho. Devem ser ensinadas estratégias ao paciente para se levantar do chão. (Woodward, M. et al., 2005)

Um estudo de intervenção multifactorial realizado com residentes de instituições providas de unidades de cuidados, que combinava treino da equipa de saúde com modificações ambientais, revisão de fármacos prescritos e programas de exercícios, reduziu significativamente a incidência de quedas. Se não se puderem evitar quedas em si, é possível reduzir o risco de fracturas assegurando-se que os indivíduos sob alto risco usem protectores externos para os quadris. (Kannus et al., 2000; Parker, 2001).

## 1.6 A Enfermagem Geriátrica

Cuidar é uma actividade que vai além do entendimento das necessidades básicas do ser humano no momento em que está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial, que envolve o auto-cuidado, a auto-estima e a auto-valorização (Caldas, 2000).

De acordo com (Collière, 1999) o cuidar pode ser definido como o ajudar a viver, aprendendo a harmonizar forças aparentemente contrárias, mas na realidade complementares. Os cuidados são assim, fonte de prazer, expressão de uma relação e dispersam os tormentos tentando evitar o sofrimento.

Para Cantera e Domingo (1998,p.1) Geriatria é o:

“Ramo da medicina que se dedica ao idoso, ocupando-se não só da prevenção do diagnóstico e tratamento das suas doenças agudas e crónicas, mas também da sua recuperação funcional e reinserção da sociedade”.

Já segundo, Hernández et al. (2000, p.1), gerontologia é a:

“Ciência que estuda o processo de envelhecimento dos seres vivos e do homem desde os aspectos: biológicos, psicossociais, socioeconómicos e culturais. Por esta razão, a gerontologia é de interesse para muitas disciplinas e é o conjunto de todas elas que tenta dar solução à variedade de problemas que derivam do processo de envelhecimento”.

A enfermagem gerontológica representa um serviço à comunidade, especializada na prestação de cuidados aos indivíduos em processo de envelhecimento independentemente da idade ou do estado de saúde (Sebastião, 2002)

Os principais objectivos da enfermagem gerontológica são: assistir integralmente o idoso, a sua família e comunidade na qual esta inserido, auxiliando na compreensão e facilitando a sua adaptação às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento. Para além disso, promover o desenvolvimento de acções educativas ao nível primário, secundário e terciário e estimular a participação do idoso. Por fim, tem como objectivo estimular a participação do idoso e, quando necessário, dos seus familiares, no seu processo de auto-cuidado, tornando-se desta forma, os principais responsáveis pela manutenção do seu melhor nível de saúde e bem-estar. (Duarte, 2002)

Como afirma Linhares et al. (1999), se o idoso se sentir integrado e valorizado na sociedade à qual pertence, fica com a sua auto-estima elevada, sendo esta indispensável para a manutenção da sua autonomia e da qualidade de vida

O enfermeiro gerontológico tem possibilidade de desenvolver o seu exercício profissional, numa ampla variedade de serviços, que vão desde a comunidade até às instituições. As consultas de gerontologia são importantes para a promoção de saúde (Netto e Ponte, 2002).

É de competência do enfermeiro promover o melhor funcionamento do idoso a nível físico, psicológico e social. Para isso, é necessário ajudar o idoso a encontrar estratégias de adaptação que favorecem o auto-controlo, para que este consiga atingir o maior nível de autonomia. O enfermeiro deve conhecer a personalidade do idoso, o que implica um conhecimento adequado de valores, das suas crenças e dos seus comportamentos (Cardoso, 2000).

Assim, é fundamental uma mudança a nível dos cuidados de enfermagem, no sentido de fomentar a importância das intervenções em gerontologia, desenvolver e partilhar os conhecimentos particulares desta área e promover a imagem dos serviços de idosos de modo, a aumentar a consciencialização pública e profissional (Cardoso, 2000)

Uma vez que humanizar é comunicar, o enfermeiro que pretende humanizar os cuidados tem que adoptar atitudes que facilitem o seu relacionamento com o idoso. O comunicar em enfermagem não resulta apenas de uma simples troca de palavras mas, de uma partilha de emoções, sentimentos e ideias. É assim, exigido ao enfermeiro a habilidade de comunicar com o idoso e capacidade de escutar (Carvalho, 1997).

Sendo a problemática um estudo sobre as quedas dos idosos, no meu entender, é pertinente descrever um plano de cuidados de enfermagem para idosos em risco de lesão relacionado com o equilíbrio, quedas frequentes e riscos ambientais. Este plano de cuidados tem como objectivos diminuir o risco de quedas e ajudar o paciente a identificar e cuidar os riscos ambientais (Neumam e Smith, 1994). Passo a referir as intervenções:

- Evitar presença de crianças, animais, brinquedos e outros objectos pequenos, na casa dos idosos
- Estimular exercício físico regular e incentivar a desenvolver para melhorar o equilíbrio
- Aconselhar o paciente que deambula sem problemas a usar sapatilhas cómodas, com pouca altura de sola anti-derrapante, evitando rampas e soalhos molhados.

- Aconselhar o idoso na sua habitação a eliminar todos os factores de risco nas escadas e passeios, instalar luzes, colocar interruptores de acesso fácil
- Advertir aos perigos de subir 1 escada ou um banco para alcançar sítios altos
- Observar a casa do idoso, procurando perigos ambientais
- Aconselhar o idoso sobre a ingestão de álcool e suas implicações
- Advertir o idoso a evitar trabalhos que exigem manter os braços por cima do ombro
- Ensinar a levantar-se lentamente de uma postura sentada ou encostada e não girar a cabeça bruscamente
- Rever a sua terapêutica

## **1.7 Apoio social**

A enfermagem desenvolve cada vez mais serviços para dar respostas aos problemas das pessoas idosas.

Os enfermeiros cuidam dos idosos nos centros de acolhimento, nos centros de dia, no domicílio, hospital e lares de idosos. Estando presentes em todas as instituições e em todos os meios, ocupam uma posição privilegiada para assegurar cuidados de saúde, educação e readaptação (Mailloux-Poirier, 1995)

Dentro dos recursos criados para prestar assistência ao idoso em Portugal, o grupo alvo estudado foi os idosos institucionalizados em lares de terceira idade

### **1.7.1 Lares de idosos**

Os lares de idosos visam a assistência colectiva para pessoas idosas, singulares ou casais, sendo estas, enquadradas por outros serviços complementares, prestando cuidados de saúde, alimentação e actividade de lazer. Os lares procuram ganhar uma melhor qualidade de vida aos idosos, procurando proporcionar-lhes o máximo de autonomia. Mais recentemente surgiram as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e instituições privadas. É de salientar a importância das instituições privadas, bem como o papel que desempenham no apoio as famílias e comunidades (Madeira, 1999)

Durante anos, em Portugal, o lar foi a instituição tipo para acolher idosos com algum problema de dependência física, mental ou social, como refere Correia (2003).

## **II. FASE METODOLÓGICA**

### **2.1 - Questão de Partida**

O ponto de partida de qualquer estudo é a questão de investigação, uma vez que é ela que determina todo o percurso tomado no referido estudo.

“ (...) A questão de investigação é enunciado interrogativo claro e não equivoco, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis e a população estudada.” (Fortin, 1999, p. 101).

A questão de investigação é “Quais os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia?”

### **2.2 - Objectivos**

Uma vez definido o problema, foram redigidos os objectivos tendo-se formulado questões de investigação para complementarem a operacionalização dos problemas de forma a responder ao que se quer saber sobre o assunto escolhido.

Perante esta temática formulamos os seguintes objectivos:

- Conhecer a prevalência das quedas nos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia;
- Determinar as causas das quedas nos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia;
- Determinar os locais de maior incidência de queda nos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia;
- Identificar as causas inerentes à queda dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia;
- Determinar os factores de risco das quedas nos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia;
- Identificar as consequências das quedas nos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia.

### 2.3 - Tipo de estudo

No âmbito da elaboração deste estudo e tendo em conta as questões de investigação formuladas e os respectivos objectivos traçados, optou-se por um estudo descritivo-exploratório, que segundo Fortin (1999) fornece uma descrição dos dados quer seja sob forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis, tendo como base uma revisão bibliográfica sobre o tema e pela aplicação de um questionário.

Sendo também este um estudo transversal, onde segundo o mesmo autor acima citado, a colheita de dados ocorre num único momento retrospectivo, porque se pede às pessoas para relatar factos passados.

### 2.4 – População alvo

“(…) Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns e é delimitada por critérios de selecção” (Fortin, 1999, p.213)

Nesta perspectiva, a população seleccionada para a realização deste estudo serão os idosos com idade igual ou superior a 55 anos, que tenham condições auditivas, orientados, que se disponibilizem a responder às perguntas e sejam residentes dos lares da Misericórdia de Gaia, sendo estes: o Lar Salvador Brandão, Lar António Almeida Costa, Lar José Tavares Bastos e Residencial Conde das Devezas.

### 2.5 - Amostra

Após delimitada a população do estudo, torna-se fundamental precisar os critérios de selecção dos seus elementos, de modo a formar a amostra. Para tal, recorre-se a um método de amostragem. Este é definido por (Fortin, 1999, p.363) como o “conjunto de operações que consiste em escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada”. A amostra para este estudo determinada por uma formula;

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \times N \times p \times q}{E^2 \times (n-1) + Z^2 \alpha/2 \times p \times q}$$

que indicara o numero mínimo de idosos necessário para uma amostra significativa desse lar, para este estudo o idoso terá de ter idade igual ou superior a 55 anos, residam nos respectivos lares e que tenham condições auditivas, orientados e que se disponibilizem a responder ao questionário.

De acordo com o tipo de estudo e tendo como condicionante o factor tempo, o método de amostragem seleccionado foi a amostragem não probabilística, sendo que os elementos são seleccionados por métodos não aleatórios. O tipo de amostra é por conveniência ou acidental, que favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis com sujeito de um estudo (Polit e Hungler, 1995).

## **2.6 - Variáveis em estudo**

Existem vários tipos de variáveis, no entanto, neste estudo, estarão presentes variáveis dependentes, as variáveis independentes e as variáveis atributo.

“ (...) A variável dependente, é a que sofre o efeito esperado pela variável independente é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”. “Factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia”.

“ (...) As variáveis independentes são as que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 1999, p. 37). Designamos para este estudo as seguintes variáveis: diminuição da acuidade auditiva e visual, dificuldade na mobilidade, problemas estruturais no Lar aonde reside.

Considera-se variável atributo, de acordo com (Fortin, 1999, p.37) como “característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever a amostra” as variáveis atributo são: sexo, idade, habilitações literárias e proveniência.

## **2.7 - Método e Instrumento de Colheita de Dados**

A técnica utilizada será o uso de um questionário construído para o efeito como guia durante a entrevista do idoso, segundo (Fortin, 1999), é um método em que o investigador controla ao máximo o conteúdo, o desenrolar da entrevista, a análise e a interpretação.

- Parte I – constituído por 8 questões, sendo estas 8 fechadas, tendo como objectivo caracterizar a amostra;
- Parte II – constituída por 11 questões, sendo 8 fechadas e 3 abertas. Nesta parte pretende-se avaliar o estado de saúde dos idosos;
- Parte III – constituída por 10 questões, sendo 4 fechadas e 6 abertas onde se pretende caracterizar o acidente.

## 2.8 - Pré-teste

Tem como ideal verificar se as questões presentes no questionário seriam bem compreendidas pelos inquiridos e de avaliar a eficácia do questionário. Foi elaborado um Pré-teste, que foi aplicado aos idosos residentes no lar Salvador Brandão, que não foram incluídos na amostra, mas possuíam características semelhantes aos elementos da amostra em estudo. Considerando a previsão de uma amostra de 45 inquiridos, realizou-se um Pré-teste a dez utentes, fazendo parte do universo dos inquiridos, mas que não pertencem à amostra.

## 2.9 - Aspectos éticos

Considerando a ética, no seu sentido mais amplo, como ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, importa referir que esta está sempre presente nos estudos de investigação.

Na expressão de Fortin (1999, p.113) “Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais”. Perante este pressuposto, ter-se-á de contemplar os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça, que deverão sempre ser respeitados. Neste contexto, devemos ainda nos reger por cinco princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética e que são os seguintes:

- **Direito à autodeterminação**, baseia-se no direito da pessoa decidir livremente sobre a sua participação no processo de investigação e defende que a pessoa deve ser capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Ou seja isto implica que as pessoas devem ser informadas sobre o seu direito à participação ou o direito de se retirar a qualquer momento sem prejuízo para o próprio;
- **Direito à intimidade**, fundamenta-se no direito das pessoas à sua intimidade global – física, psicológica, social e cultural; é referente à liberdade das pessoas decidirem sobre a extensão da informação que é dada aquando da sua participação na investigação; tem implicações na dimensão da partilha de atitudes, valores ou comportamentos privados. Implica haver a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados referentes as pessoas;
- **Direito ao anonimato e confidencialidade**: refere-se ao respeito pela identidade das pessoas e a sua não associação às informações individuais da investigação. Os resultados devem ser tratados de modo a possibilitar que não haja reconhecimento das informações individuais nem pelo investigador, nem pelo leitor. Implica que os dados individuais

sejam protegidos por codificação não podendo ser divulgados sem autorização expressa pelos participantes;

- **Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo**, baseia-se nas regras de protecção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazerem mal ou de as prejudicarem; fundamenta-se no princípio do “benefício” segundo o qual os membros de uma sociedade desempenham, um papel activo na prevenção do desconforto e do prejuízo e na promoção do bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam;
- **Direito a um tratamento justo e equitativo**, baseia-se no direito que as pessoas têm em receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num processo de investigação; refere-se ao direito à informação sobre todos os procedimentos que envolvem a investigação, assim como: os objectivos, os métodos, o âmbito do estudo, a duração e as implicações para os participantes; implica que a escolha dos participantes seja ligada directamente com o problema em estudo e não por conveniência ou disponibilidade.

## 2.10 - Tratamento e Análise de Dados

Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS versão 16 para Windows XP. Para apresentação dos resultados será feita através de gráficos e tabelas com a sua respectiva descrição.

Utilizaram-se:

- Distribuição de frequências
- Medidas de tendência central e dispersão
- Média, moda e mediana.

A utilização de tabelas permite assim colocar em evidência as várias espécies de comparações e de relações entre os dados. (Fortin, 1999).

### III. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os cálculos estatísticos utilizados, assim como os resultados obtidos no sentido de ir de encontro aos objectivos propostos.

Ao longo da apresentação dos resultados, que se organiza segundo a ordem de apresentação dos objectivos específicos, serão apresentados os cálculos estatísticos utilizados, apresentando-se os resultados utilizando quadros com os valores até as décimas.

#### 3.1 Caracterização da amostra

A amostra constitui-se por 166 utentes com idades compreendidas entre os 55 – 103 anos, possuindo uma média, moda e mediana igual, compreendidas entre os 65-84 anos, instituídos nos diversos Lares da Misericórdia V.N de Gaia, todos eles implantados no mesmo Concelho distribuídos pelas freguesias de Gulpilhares, Santa Marinha e Madalena

**Quadro 1 – Distribuição dos idosos por género conforme a instituição (n-166)**

	Masculino		Feminino		Total		
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	
Instituição	1	16	9,6	31	18,7	47	28,3
	2	13	7,8	19	11,4	32	19,3
	3	14	8,4	40	24,1	54	32,5
	4	6	3,6	27	16,3	33	19,9
Total	49	29,5	117	70,5	166	100,0	

Quando a análise dos resultados é feita tendo em conta a distribuição em função do sexo observa-se que, dos utentes institucionalizados inquiridos 166 (100%), o grupo predominante é o feminino 117 (70,5 %) comparativamente, com o grupo masculino 49 (29,5 %) (quadro 1).

Tendo-se efectuado um estudo a um grupo de 166 (100%), idosos institucionalizados, nos lares da Misericórdia de V.N. de Gaia, através de um inquérito, pretende-se atingir os objectivos anteriormente propostos. Foram apenas analisados os inquéritos de idosos que referiam quedas no último ano, sabendo-se que as consequências das quedas são muito mais desfavoráveis nos indivíduos mais velhos porque sofrem um trauma psicológico, ficando com medo de voltar a cair novamente, além disso, tentam justificar as quedas dizendo que escorregaram ou tropeçaram,

apesar de já existirem trabalhos científicos a demonstrar que eles ocultam, muitas vezes, a verdadeira razão da origem da queda.

**Quadro 2 – Distribuição dos idosos institucionalizados que sofreram quedas em 2008 conforme a instituição (n-166)**

Instituição		Sofreu queda				Total	
		Sim		Não		Ni	%
		Ni	%	Ni	%		
1	11	6,6	36	21,7	47	28,3	
2	15	9,0	17	10,2	32	19,3	
3	14	8,4	40	24,1	54	32,5	
4	7	4,2	26	15,7	33	19,9	
Total	47	28,3	119	71,7	166	100,0	

As quedas tornaram-se o acidente mais frequente entre a população idosa. Situação idêntica é observada nas instituições em que: dos utentes institucionalizados inquiridos 47 (28,3 %) sofreram queda no lar, no último ano. (quadro 2)

**Quadro 3 – Distribuição dos idosos por género conforme se sofreram queda, segundo a instituição (n-47)**

Instituição		Masculino		Feminino		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
1	4	8,5	7	14,9	11	23,4	
2	4	8,5	11	23,4	15	31,9	
3	1	2,1	13	27,7	14	29,8	
4	2	4,3	5	10,6	7	14,9	
Total	11	23,4	36	76,6	47	100	

Em função do género e tendo em conta os 47 (28,3%) utentes institucionalizados inquiridos que sofreram queda no último ano, o grupo predominante é o feminino, com 36 (76,6%) utentes, comparativamente com o grupo masculino em que 11 (23,4%) relataram ser vítimas de queda no mesmo período. (quadro 3)

**Quadro 4 – Distribuição dos idosos por grupos etários conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		55-65 Anos		65-84 Anos		≥ 85 Anos		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Instituição	1	1	2,1	7	14,9	3	6,4	11	23,4
	2	1	2,1	9	19,1	5	10,6	15	31,9
	3	1	2,1	9	19,1	4	8,5	14	29,8
	4	0	,0	4	8,5	3	6,4	7	14,9
Total		3	6,4	29	61,7	15	31,9	47	100

A faixa etária predominante entre os idosos que sofreram queda está no grupo etário 65 – 84 anos, com 29 (61,7%) quedas. Aqueles que se encontravam entre os idosos com mais de 85 anos contabilizaram 15 (31,9%) quedas e entre os 55 e 65 anos apenas ocorreram 3 (6,4%) quedas.

É de realçar que na instituição 4, tendo em conta o número de utentes que caíram no último ano, e que totalizaram 7 (14,9%), verifica-se um aumento da prevalência de utente à referirem queda no grupo etário 65-84 anos, com 4 (8,5%) utentes e, no grupo etário com mais de 85 anos, 3 (6,4%) utentes que sofreram queda. (Quadro 4)

**Quadro 5 – Distribuição dos idosos em função do estado civil conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Casado/a /				Divorciada/o				Total	
		Solteiro/a		União de facto		/ Separado/a		Viúvo/a		Ni	%
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%		
Instituição	1	2	4,3	2	4,3	0	,0	7	14,9	11	23,4
	2	4	8,5	2	4,3	0	,0	9	19,1	15	31,9
	3	2	4,3	5	10,6	1	2,1	6	12,8	14	29,8
	4	1	2,1	3	6,4	0	,0	3	6,4	7	14,9
Total		9	19,1	12	25,5	1	2,1	25	53,2	47	100

Dos idosos que sofreram queda verificou-se um predomínio no grupo dos viúvos com 25 (53,2 %) dos utentes, logo seguido do grupo dos casados, com 12 (25,5 %) utentes. No grupo dos

solteiros contam-se 9 (19,1%) utentes e 1 (2,1%) divorciado, salientando-se que o mesmo está institucionalizado na Instituição 3. (quadro 5)

**Quadro 6 – Distribuição dos idosos em função das habilitações literárias conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

	Instituição onde se encontra inserido								Total	
	1		2		3		4		Ni	%
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%		
Não Frequentou	4	8,5	8	17,0	6	12,8	0	,0	18	38,3
Instrução primária completa	3	6,4	4	8,5	7	14,9	1	2,1	15	31,9
Antigo 2º ano	3	6,4	2	4,3	0	,0	0	,0	5	10,6
Antigo 5º ano	0	,0	0	,0	1	2,1	1	2,1	2	4,3
Antigo 7º ano	0	,0	1	2,1	0	,0	0	,0	1	2,1
Curso médio	1	2,1	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,1
Curso Universitário	0	,0	0	,0	0	,0	5	10,6	5	10,6
Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

Em relação ao grau de escolaridade entre os 47 (100,0%) idosos que sofreram queda, verificamos que 18 (38,3%) são analfabetos, 15 (31,9%), frequentaram a instrução primária, 5 (10,6%) frequentaram o antigo 2º. Ano, o mesmo número de utentes, frequentou o curso universitário, 2 (4,3%) utentes o antigo 5º. Ano Liceal 1 (2,1%), o antigo 7º Ano do Liceu e também 1 (2,1%) era detentor de um curso médio. Constatamos que, na Instituição 4, onde se observa que dos inquiridos que tiveram quedas, maioritariamente continuaram os estudos depois do ensino obrigatório

**Quadro 7 – Distribuição dos idosos em função da actividade profissional antes da reforma, conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Sector primário		Sector secundário		Sector terciário		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
		1	2	4,3	0	,0	9	19,1	11
Instituição	2	3	6,4	2	4,3	10	21,3	15	31,9
	3	1	2,1	3	6,4	10	21,3	14	29,8
	4	0	,0	1	2,1	6	12,8	7	14,9
	Total	6	12,8	6	12,8	35	74,5	47	100,0

Quando relacionamos os utentes que tiveram quedas no último ano e o Sector de actividade profissional de pertença, antes da sua institucionalização, verificamos que de uma forma geral o sector dominante é o terciário com 35 (74,5%) utentes, sendo os grupos profissionais mais representativos deste sector: os agricultores, os operários fabris, e as domésticas.

O sector terciário é seguido pelo primário e secundário com valores equitativos, com 6 (12,8 %) utentes que referiram quedas no último ano. (quadro 7).

**Quadro 8 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição consoante o tempo de internamento no lar (n-47)**

	Instituição onde se encontra inserido								Total		
	1		2		3		4				
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	
<b>Tempo de Internamento no Lar</b>	<1 Ano	0	,0	2	4,3	1	2,1	0	,0	3	6,4
	1 Ano – <3 anos	4	8,5	2	4,3	6	12,8	0	,0	12	25,5
	3 Anos – <6 anos	2	4,3	1	2,1	2	4,3	1	2,1	6	12,8
	6 Anos – <9 anos	1	2,1	4	8,5	4	8,5	3	6,4	12	25,5
	9 Anos – <12 anos	2	4,3	3	6,4	0	,0	1	2,1	6	12,8
	12 Anos – <15 anos	0	,0	1	2,1	0	,0	0	,0	1	2,1
	15 Anos – <18 anos	0	,0	0	,0	0	,0	2	4,3	2	4,3
	18 Anos – <21 anos	0	,0	1	2,1	1	2,1	0	,0	2	4,3
	≥21 Anos	2	4,3	1	2,1	0	,0	0	,0	3	6,4
	Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

No que se refere ao tempo de institucionalização, observou-se que 12 (25,5%) idosos que caíram estão institucionalizados entre os períodos de 1 a 3 anos, e 6 a 9 anos. 6 (12,8%) utentes que referiram ter caído no mesmo período de tempo, tinham entre os 3 e 6 anos e 9 e 12 anos de institucionalização, 3 (6,4%) utentes, tinham menos de 1 ano. O mesmo número de utentes tinha mais de 21 anos de institucionalização, 2 (4,3%) entre 15 e 18 anos e um idoso entre os 12 e os 15 anos. Assim, o período de internamento mais comum nos idosos que sofreram queda é entre os 1 Ano – <3 anos e – <9 Anos, 12 (25,5 %). De referir que das quedas de entre os que tiveram queda, os utentes mais idosos, > =21 anos, se encontravam institucionalizados na Instituição 1, 2 (4,3%) idosos e na Instituição 2, 1 (2,1%) idoso. (Quadro 8)

**Quadro 9 – Distribuição dos idosos em função da presença de doença associada conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
<b>Instituição</b>	1	11	23,4	0	,0	11	23,4
	2	15	31,9	0	,0	15	31,9
	3	12	25,5	2	4,3	14	29,8
	4	7	14,9	0	,0	7	14,9
	Total	45	95,7	2	4,3	47	100,0

No que se refere á presença de doença no idoso institucionalizado, constatamos que dos idosos inquiridos que sofreram queda no lar no último ano 45 (95,7 %) eram portadores de patologia associada, enquanto que apenas 2 (4,3 %) utentes revelaram não possuir qualquer tipo de patologia associada. (Quadro 9)

**Quadro 10 – Distribuição dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição, conforme a doença associada (n-47)**

		Instituições								Total	
		1		2		3		4		Ni	%
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
<b>Doenças</b>	Doença urinária	0	0	0	0	1	2,1	0	0	1	2,1
	Doença Cardiovascular	6	12,8	13	27,7	9	19,1	3	6,4	31	66,0
	Doença Respiratória	1	2,1	1	2,1	0	0	1	2,1	3	6,4
	Doença Psiquiátrica	0	0	0	0	0	0	1	2,1	1	2,1
	Doença endócrina/metabólica	3	6,4	6	12,8	8	17	1	2,1	18	38,3
	Doença músculo-esquelética	4	8,5	3	6,4	3	6,4	4	8,5	14	29,8
	Doença Reumatisal ou do Colagénio	0	0	1	2,1	0	0	0	0	1	2,1
	Doença Neurológica	0	0	1	2,1	1	2,1	0	0	2	4,3
	Perturbações do sono	0	0	2	4,3	0	0	0	0	2	4,3
	7	0	0	0	0	2	4,3	0	0	2	4,3
Total		14	29,8	27	57,5	24	51	10	21,2	75	159,7

Dos residentes que sofreram quedas no último ano, e tendo em conta as doenças associadas, estes, comportam maioritariamente doenças cardiovasculares, 31 (66,0%) utentes, bem como referem a presença de doença endócrina/metabólica 18 (38,3%) utentes. Distúrbios musculo esqueléticos, foram enunciados por 14 (29,8%) utentes e foram ainda referidas pelos idosos que

sofreram quedas, 12 (25,5%) casos de: doença urinária, respiratória, psiquiátrica, reumatismal ou do colagénio, neurológica e ainda perturbações do sono. (quadro10)

**Quadro 11 – Distribuição dos inqueridos que toma regularmente medicamentos conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
Instituição	1	9	19,1	2	4,3	11	23,4
	2	14	29,8	1	2,1	15	31,9
	3	14	29,8	0	,0	14	29,8
	4	6	12,8	1	2,1	7	14,9
Total		43	91,5	4	8,5	47	100

O facto de ter ou não complicações de saúde, ou ser portador de patologia, na grande maioria dos idosos estudados, determina a toma regular de medicação. A este propósito, verificou-se que dos 47 (100%) utentes que referiram queda no último ano, 43 (91,5 %) tomam medicamentos regularmente, enquanto os restantes 4 (8,5%), não faziam qualquer tipo de medicação. (Quadro 11)

**Quadro 12 – Distribuição dos idosos inquiridos que sofreu queda por instituição em função da medicação (n-47)**

		Instituições								Total	
		1		2		3		4		Ni	%
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Medicamentos	Anti – diabéticos	4	8,5	5	10,6	8	17	0	0	17	36,2
	Anti – hipertensores	4	8,5	10	21,3	2	4,3	3	6,5	19	40,4
	Cardiotónicos	1	2,2	4	8,7	3	6,5	2	4,3	10	21,7
	Hipnóticos/ Ansiolíticos e Psicofármacos	0	0	5	10,6	1	2,2	3	6,4	9	19,1
	Outros medicamentos	1	2,2	1	2,2	3	6,5	3	6,5	8	17,4
	7	2	4,3	1	2,2	2	4,3	1	2,2	6	12,8
	Total		12	25,7	26	55,6	19	40,8	12	25,9	69

Constatando-se a presença de doença associada no grupo dos utentes que referiram queda e, apesar da justificação de muitos em terem conhecimento da sua patologia, entre os medicamentos utilizados verifica-se que os mais consumidos são os anti-hipertensores por 19 (40,4 %) utentes, os anti-diabeticos por 17 (36,2%) utentes e Cardiotónicos por 10 (21,7%) utentes. (Quadro 12)

No grupo “outros medicamentos” estão incluídos: vitaminas, diuréticos e fármacos específicos para o controlo dos níveis de colesterol e triglicéridos

**Quadro 13 – Distribuição dos idosos em função da auto avaliação da acuidade visual conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

Instituição		Possui visão diminuída				Total	
		Sim		Não		Ni	%
		Ni	%	Ni	%		
1	5	10,6	6	12,8	11	23,4	
2	11	23,4	4	8,5	15	31,9	
3	9	19,1	5	10,6	14	29,8	
4	3	6,4	4	8,5	7	14,9	
Total	28	59,6	19	40,4	47	100,0	

Sendo a diminuição da acuidade visual um factor a ter em conta no aumento da incidência das quedas, é relevante estudar se a faculdade visual se encontra controlada entre os utentes que caíram. Assim, pudemos verificar que do grupo de idosos que sofreram queda, 47 (100,0%), 28 (59,6%) referiram possuir visão diminuída, enquanto que os restantes 19 (40,4%) referiam não possuir défice visual. (quadro 13).

**Quadro 14 – Distribuição dos inquiridos em função dos meios de correcção da acuidade visual conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

Instituição		Óculos		Gotas		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
1	4	14,8	0	,0	4	14,8	
2	11	40,7	1	3,7	12	44,4	
3	8	29,6	0	,0	8	29,6	
4	3	11,1	0	,0	3	11,1	
Total	26	96,3	1	3,7	27	100,0	

Tendo em conta o défice visual referido, constatou-se que foi corrigido essencialmente recorrendo ao uso de óculos 26 (96,3%) e só uma pequena percentagem é que recorreu a outros meios, nomeadamente ao uso de colírios 1 (3,7%) utente. (quadro 14)

Apenas um dos utentes que afirma possuir visão diminuída é que não procurou meios de correcção desse défice. Assim, verifica-se uma grande percentagem, dos utentes que acha que

possui visão diminuída e procurou a sua correcção, o que indica que houve uma grande sensibilização para a importância de correcção da visão

**Quadro 15 – Distribuição dos inqueridos em função da auto avaliação da acuidade auditiva conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Possui audição diminuída				Total	
		Sim		Não		Ni	%
		Ni	%	Ni	%		
Instituição	1	1	2,1	10	21,3	11	23,4
	2	9	19,1	6	12,8	15	31,9
	3	5	10,6	9	19,1	14	29,8
	4	1	2,1	6	12,8	7	14,9
	Total	16	34,0	31	66,0	47	100,0

**Quadro 16 – Distribuição dos inqueridos em função do uso de aparelho para correcção do défice auditivo conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
		Instituição	1	1	2,1		
2	4		8,4	11	23,4	15	31,9
3	2		4,2	12	25,5	14	29,8
4	1		2,1	6	12,8	7	14,9
Total	8		16,8	39	83,2	47	100,0

Sendo a diminuição de audição outro factor predisponente para as quedas dos idosos, é relevante estudar se o défice auditivo está ou não presente nos idosos que referiram queda no último ano. Assim, podemos verificar que 16 (34,0%) destes idosos afirma que possui défice na audição, (quadro 15).

Dos 16 utentes referenciados com défice auditivo, apenas 8 (16,8%) é que corrigem este défice com recurso a aparelho auditivo (quadro 16).

**Quadro 17 – Distribuição dos idosos em função da dificuldade de deambulação conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Dificuldade a deambular				Total	
		Não		Sim		Ni	%
		Ni	%	Ni	%		
Instituição	1	3	6,4	8	17,0	11	23,4
	2	2	4,3	13	27,7	15	31,9
	3	1	2,1	13	27,7	14	29,8
	4	3	6,4	4	8,5	7	14,9
	Total	9	19,1	38	80,9	47	100,0

**Quadro 18 – Distribuição dos inqueridos em função da necessidade de recurso a meios de auxiliar na deambulação conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
Instituição	1	8	17,0	3	6,4	11	23,4
	2	11	23,4	4	8,5	15	31,9
	3	11	23,4	3	6,4	14	29,8
	4	2	4,3	5	10,6	7	14,9
	Total	32	68,1	15	31,9	47	100,0

Sendo a dificuldade de deambulação um factor importante para o estudo sobre as quedas, verificou-se que 38 (80,9) dos utentes inquiridos que referiram queda possuem dificuldade na deambulação, ao contrário dos restantes 9 (19,1%) utentes que afirmam não possuir dificuldades locomotoras. (quadro 17).

Quando verificamos os resultados dos quadros 17 e 18, verifica-se que 32 (68,1%) dos 38 (80,9) inquiridos adoptaram meios de correcção desse défice.

**Quadro 19 – Distribuição dos idosos em função dos meios auxiliares de deambulação utilizado conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Canadianas		Bengala		Cadeira de rodas		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
<b>Instituição</b>	1	1	3,1	6	18,8	1	3,1	8	25,0
	2	1	3,1	8	25,0	2	6,2	11	34,4
	3	0	,0	7	21,9	4	12,5	11	34,4
	4	0	,0	2	6,2	0	,0	2	6,2
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6,2</b>	<b>23</b>	<b>71,9</b>	<b>7</b>	<b>21,9</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Note-se que 15 (3,19%) idosos que não usavam meios auxiliares de deambulação apresentaram queda no último ano. Pela análise do quadro podemos verificar que o meio auxiliar de deambulação mais comum usado pelos utentes em todas as instituições é a bengala, 23 (71,9%), 7 utentes (21,9%), usavam cadeira de rodas e 2 (6,2) utentes faziam uso de canadianas. (quadro 19)

**Quadro 20 – Distribuição dos inquiridos em função da auto percepção de ajuda durante a deambulação conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Necessita de acompanhamento na deambulação				Total	
		Sim		Não		Ni	%
		Ni	%	Ni	%		
<b>Instituição</b>	1	1	2,1	10	21,2	11	23,4
	2	2	4,2	13	27,6	15	31,9
	3	4	8,4	10	21,2	14	29,8
	4	0	,0	7	14,9	7	14,9
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>14,7</b>	<b>40</b>	<b>85,1</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Através da análise dos utentes inquiridos, verificamos que 7 (14,7%) necessitam ou recorrem a acompanhamento na sua deambulação. É de notar que no enquadramento entre os meios auxiliares de deambulação utilizados (quadro 19) e a auto percepção de ajuda na deambulação. (quadro 20), verifica-se uma relação directa no equipamento referenciado, ou seja, a cadeira de rodas.

**Quadro 21 – Distribuição dos idosos inquiridos em função do local de queda conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

	Instituição onde se encontra inserido										
	1		2		3		4		Total		
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	
Em que local caiu	Escadas	1	2,1	0	,0	1	2,1	0	,0	2	4,3
	Quarto	1	2,1	6	12,8	0	,0	5	10,6	12	25,5
	Casa de banho	1	2,1	3	6,4	3	6,4	1	2,1	8	17,0
	Na deslocação para o refeitório	1	2,1	0	,0	1	2,1	1	2,1	3	6,4
	Na sala	4	8,5	1	2,1	2	4,3	0	,0	7	14,9
	Fora do interior do Lar	1	2,1	3	6,4	3	6,4	0	,0	7	14,9
	No refeitório	1	2,1	0	,0	1	2,1	0	,0	2	4,3
	Corredor	1	2,1	0	,0	3	6,4	0	,0	4	8,5
	Rampa de entrada para o lar	0	,0	2	4,3	0	,0	0	,0	2	4,3
	Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

Tendo em conta os locais das instituições mais susceptíveis a quedas, constatou-se que no conjunto dos 47 indivíduos que sofreram queda no último ano, é variável o local onde as quedas ocorreram, de instituição para instituição. Enquanto que na Instituição 1 o local mais comum foi a Sala com 4 (8,5%) utentes que caíram na Instituição 2 onde se verificam mais quedas no Quarto com 6 (12,8%) quedas, já na Instituição 3 as quedas ocorreram em três lugares diferentes, nomeadamente na casa de banho, no corredor e no exterior do lar, com 3 (6,4%) quedas em cada um dos locais, por fim, na Instituição 4, o local com mais ocorrência de quedas foi no Quarto com 5 (10,6%) quedas, valor este justificado nesta Instituição, por ser o local de maior permanência para os utentes, visto que os quartos encontram-se inseridos em apartamento adquirido para uso pelos próprios. (quadro 21).

**Quadro 22 – Distribuição dos idosos em função das condições em que as quedas ocorreram conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

	Instituição onde se encontra inserido									
	1		2		3		4		Total	
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
A vestir-se	1	2,1	2	4,3	0	,0	0	,0	3	6,4
Piso molhado	0	,0	3	6,4	2	4,3	0	,0	5	10,6
Indisposição	1	2,1	1	2,1	2	4,3	4	8,5	8	17,0
Perda de direcção / cegueira	1	2,1	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,1
Tropeçou	3	6,4	1	2,1	4	8,5	0	,0	8	17,0
Bengala Presa	0	,0	2	4,3	0	,0	0	,0	2	4,3
Ao sentar-se	3	6,4	0	,0	2	4,3	0	,0	5	10,6
Não sabe	1	2,1	3	6,4	2	4,3	0	,0	6	12,8
O joelho que possui a prótese falhou	1	2,1	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,1
Ao tentar ir sozinho para a cadeira	0	,0	1	2,1	1	2,1	0	,0	2	4,3
Trombose	0	,0	1	2,1	0	,0	0	,0	1	2,1
Caiu da cama durante o sono	0	,0	1	2,1	0	,0	0	,0	1	2,1
Tentou ver se conseguia andar	0	,0	0	,0	1	2,1	0	,0	1	2,1
Tinha encerado o quarto, escorregou	0	,0	0	,0	0	,0	2	4,3	2	4,3
Subiu a uma escada sozinho	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,1	1	2,1
Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

Relativamente aos resultados obtidos observa-se que as condições em que as quedas ocorreram foram: na instituição 1, por terem tropeçado e ao sentar-se 3 (6,4%) utentes, na instituição 2, piso molhado e desconhecerem o motivo com igual número 3 (6,4%) utentes, na instituição 3, tropeçar 4 (8,5%) utentes e na instituição 4, indisposição 4 (8,5%) utentes. De referir os dados obtidos nas Instituições estudadas em que globalmente 6 (12,8%) dos idosos que sofreram queda não souberem referir a actividade ou sensação no momento da queda. (quadro 22)

**Quadro 23 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme a necessidade de hospitalização (n=47)**

		Instituição onde se encontra inserido									
		1		2		3		4		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Necessidade de hospitalização	Sim	2	4,3	4	8,5	5	10,6	1	2,1	12	25,5
	Não	9	19,1	11	23,4	9	19,1	6	12,8	35	74,5
	Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

Dos 47 utentes que sofreram queda, 35 (74,5%) não tiveram necessidade de internamento, contudo, não foram eliminadas hipóteses tais como a não procura ou encaminhamento para os serviços internos de saúde existentes em todas as Instituições referenciadas. Como ideia comum e que tem sido confirmada por vários estudos, é que em relação a outras faixas etárias, os idosos consomem muito mais do nosso sistema de saúde e, apesar de não se verificar muitos casos de internamento, estes podem acarretar consequências graves. Verifica-se que 12 (25,5%) dos 47 (100%) utentes analisados que sofreram queda, necessitaram de hospitalização. (quadro 23)

**Quadro 24 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme as consequências das suas quedas (n=47)**

		Instituição onde se encontra inserido									
		1		2		3		4		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Consequências das quedas	Fracturas	1	2,1	3	6,4	4	8,5	1	2,1	9	19,1
	Nódoas negras	4	8,5	5	10,6	3	6,4	4	8,5	16	34,0
	Nenhumas	4	8,5	7	14,9	3	6,4	1	2,1	15	31,9
	Feridas	2	4,3	0	,0	0	,0	0	,0	2	4,3
	Dores	0	,0	0	,0	3	6,4	1	2,1	4	8,5
	Deixou de caminhar por completo	0	,0	0	,0	1	2,1	0	,0	1	2,1%
	Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

15 (31,9%) dos idosos que referiram queda, não apresentaram consequência física, em 16 (34,0%) utentes, as quedas resultaram em nódoas negras, em 9 (19,1%) ocorreram fracturas, em 4 (8,5%) resultaram dores, em 2 (4,3%) ocorreram feridas e 1 (2,1%) deixou de deambular, utente este institucionalizado na Instituição 3. (Quadro 24).

**Quadro 25 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme a cessação de actividades depois da queda (n-47)**

		Instituição onde se encontra inserido									
		1		2		3		4		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Cessação de actividades depois da queda	Sim	3	6,4	3	6,4	3	6,4	0	,0	9	19,1
	Não	8	17,0	12	25,5	11	23,4	7	14,9	38	80,9
	Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

**Quadro 26 – Distribuição dos idosos em função das actividades que deixaram de realizar com consequência de queda conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Praticar actividades									
		Sair sozinho		Andar sozinho		sexuais		Andar		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Instituição	1	1	11,1	2	22,2	0	,0	0	,0	3	33,3
	2	2	22,2	0	,0	1	11,1	0	,0	3	33,3
	3	0	,0	2	22,2	0	,0	2	22,2	4	44,4
	4	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0
	Total	3	33,3	4	44,4	1	11,1	1	11,1	9	100

Tendo em conta que a actividade dos utentes nas instituições estudadas são baseadas em actividades comuns, quando se indagam os valores obtidos no quadro 25 e 26, pelos indivíduos que apresentaram ou não, complicações por queda, observa-se não existirem diferenças significativas. Do mesmo modo, não há evidência estatística que nos permita afirmar que ter ou não ter complicações está dependente do facto de existir cessação de actividades como consequência da queda. A análise do quadro 25 e 26, permite afirmar que só 9 (19,1%) dos 47 inquiridos é que deixou de realizar uma qualquer actividade. Actividades como sair sozinho 3 (33,3%) utentes e andar sozinho com 4 (44,4%) utentes. De salientar porém que na instituição 3, 1 (11,1%) utente, perdeu a capacidade total de andar, realçando como evidência os resultados obtidos entre as fracturas 9 (19,9%) utentes (Quadro 24) e a cessação de actividades utentes 9 (100,0%) utentes. (Quadro 25) (Quadro 26).

**Quadro 27 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme as medidas preventivas para evitar nova queda (n-47)**

		Instituição onde se encontra inserido									
		1		2		3		4		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
<b>Medidas preventivas para evitar novas quedas</b>	Nenhumas	3	6,5	6	13,0	10	21,7	1	2,2	20	43,5
	Ter mais cuidado	5	10,9	4	8,7	4	8,7	0	,0	13	28,3
	Andar acompanhado	1	2,2	2	4,3	0	,0	2	4,3	5	10,9
	Andar com açúcar	1	2,2	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,2
	Ir de elevador	1	2,2	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,2
	Não se vestir sozinha	0	,0	1	2,2	0	,0	0	,0	1	2,2
	Recorreu aos enfermeiros para ensinamentos	0	,0	1	2,2	0	,0	0	,0	1	2,2
	Passou a colocar menos cera	0	,0	0	,0	0	,0	2	4,3	2	4,3
	Deixei de subir escadas	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,2	1	2,2
	Mudou o tipo de calçado	0	,0	0	,0	0	,0	1	2,2	1	2,2
	Total	11	23,9	14	30,4	14	30,4	7	15,2	46	100,0

Quando a análise é feita tendo em conta as medidas preventivas para evitar nova queda, maioritariamente os inquiridos, não procuraram qualquer tipo de assistência ou medidas para evitar a mesmas 20 (43,5%) utentes. É de salientar que cerca de 13 (28,3 %) utentes achou que o simples facto de ter mais cuidado era suficiente. Apenas 1 (2,2%)utente é que procurou apoio no pessoal de saúde. (quadro 28)

**Quadro 28 – Distribuição em função dos idosos inquiridos que sofreram queda por instituição conforme a caracterização do calçado que utilizava na altura de queda (n-47)**

		Instituição onde se encontra inserido									
		1		2		3		4		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Tipo de calçado Que utilizava Na altura de Queda	Chinelos	3	6,4	6	12,8	5	10,6	2	4,3	16	34,0
	Sapatos de pala	6	12,8	6	12,8	7	14,9	4	8,5	23	48,9
	Sapatos de cordão	0	,0	1	2,1	1	2,1	0	,0	2	4,3
	Sapatilhas	1	2,1	2	4,3	0	,0	0	,0	3	6,4
	Sandálias	1	2,1	0	,0	1	2,1	1	2,1	3	6,4
	Total	11	23,4	15	31,9	14	29,8	7	14,9	47	100,0

No que se refere á caracterização do calçado que os utentes utilizavam quando caíram, verificamos que se usavam chinelos 16 (34%) utentes e sandálias 3 (6,4%) utentes quando se tem em linha de conta que este tipo de calçado não oferece uma boa aderência ao chão. (quadro 28)

**Quadro 29 – Distribuição dos inquiridos em função do mobiliário conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		Está fixo ao chão					
		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
Instituição	1	11	23,4	0	,0	11	23,4
	2	7	14,9	8	17,0	15	31,9
	3	10	21,3	4	8,5	14	29,8
	4	7	14,9	0	,0	7	14,9
	Total	35	74,5	12	25,5	47	100,0

No que diz respeito a estabilidade do mobiliário, na opinião dos utentes que caíram estes tem como opinião que os móveis estão bem fixos 34 (73,9%) utentes sendo esta opinião contrariado por 12 (26,1%) utentes. (quadro 29)

**Quadro 30 – Distribuição dos idosos em função da estabilidade dos Tapetes e/ou alcatifas conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

	Instituição	Tapetes e/ou alcatifas fixas					
		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
1	11	23,4	0	,0	11	23,4	
2	10	21,3	5	10,6	15	31,9	
3	13	27,7	1	2,1	14	29,8	
4	7	14,9	0	,0	7	14,9	
Total	41	87,2	6	12,8	47	100,0	

Já no que aos artigos de conforto, tais como tapetes e/ou carpetes os que sofreram queda, maioritariamente considera que se encontram bem fixados ao chão 40 (87,0%), menos uma pequena percentagem de utentes é que considera que não 6 (13,0%). (quadro 30).

**Quadro 31 – Distribuição dos inquiridos em função da iluminação dos espaços conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

	Instituição	A noite acha que tem luz suficiente para deambular					
		Sim		Não		Total	
		Ni	%	Ni	%	Ni	%
1	11	23,4	0	,0	11	23,4	
2	14	29,8	1	2,1	15	31,9	
3	13	27,7	1	2,1	14	29,8	
4	7	14,9	0	,0	7	14,9	
Total	45	95,7	2	4,3	47	100,0	

Em relação à iluminação dos espaços, 45 (95,7%) dos utentes que sofreram quedas referiram haver luminosidade suficiente para deambular com segurança, enquanto que apenas 2 (4,3%) utentes a consideram insuficiente. (quadro 31).

**Quadro 32 – Distribuição dos inquiridos em função da acessibilidade aos interruptores conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		<b>Consegue aceder aos interruptores da luz sem sair da cama</b>					
		<b>Sim</b>		<b>Não</b>		<b>Total</b>	
		<b>Ni</b>	<b>%</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>
<b>Instituição</b>	1	11	23,4	0	,0	11	23,4
	2	14	29,8	1	2,1	15	31,9
	3	13	27,7	1	2,1	14	29,8
	4	7	14,9	0	,0	7	14,9
	Total	45	95,7	2	4,3	47	100,0

Quanto a acessibilidade aos interruptores dos utentes que sofreram queda, 45 (95,7%) referiram facilidade de acesso aos mesmos, mesmo sem ter de se levantarem da cama., 2 (4,3%) utentes referiram dificuldades a este nível. (quadro 32).

**Quadro 33 – Distribuição dos inquiridos em função da altura das escadas conforme a instituição em que sofreram queda (n-47)**

		<b>Opinião sobre a altura das escadas</b>							
		<b>São altas</b>		<b>São baixas</b>		<b>Altura ideal</b>		<b>Total</b>	
		<b>Ni</b>	<b>%</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>	<b>Ni</b>	<b>%</b>
<b>Instituição</b>	1	1	2,1	0	,0	10	21,3	11	23,4
	2	1	2,1	0	,0	14	29,8	15	31,9
	3	2	4,3	1	2,1	11	23,4	14	29,8
	4	0	,0	0	,0	7	14,9	7	14,9
	Total	4	8,5	1	2,1	42	89,4	47	100,0

Por fim, os utentes que sofreram queda, quando questionadas sobre a altura dos degraus das escadas das mesmas instituições, 42 (89,4%) referiram que os degraus possuíam uma altura bem dimensionada enquanto que 4 (8,5%) utentes, acharam os degraus demasiados altos e apenas 1(2,1%) utente os consideraram baixos (Quadro 33).

#### **IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A amostra em estudo é constituída por 166 utentes, com idades compreendidas entre os 55 – 103 anos, possuído uma média, moda e mediana igual, compreendidas entre os 65-84 anos, contactados no momento da realização do questionário na Instituição da Misericórdia de V.N de Gaia, nomeadamente nos seus quatro lares que fazem parte integrante da mesma.

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que dos indivíduos inquiridos são

Para descobrirmos os factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados temos que estudar a população alvo e descobrir a prevalência de quedas dessa mesma amostra, pois só assim é que nos é possível estudarmos em concreto os motivos que podem estar inerentes. Assim sendo, verificamos que dos 166 utentes questionados maioritariamente estes são do género feminino 117 (70,5 %), estando assim de acordo com o no citado pelo (INE, 2002). “O predomínio da população do sexo feminino da amostra, pode dever-se ao elevado número de mulheres verificada na população idosa portuguesa, bem como poderá ser explicado pela maior longevidade atingida por este género da população”. que se encontravam dentro dos parâmetros predeterminados, verificamos que 47 destes utentes sofreram queda no último ano, na sua respectiva instituição, representando 28,3% da população total. Essa mesma predominância foi verificada nestes idosos mantendo-se assim o grupo predominante, representando mais de dois terços dos idosos que sofreram queda, indo assim de encontro ao estudo de, Nevit e Berg (1995) que determinaram que o risco de queda é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens.

A faixa etária predominante entre os idosos que caíram situa-se entre os 65-84 anos, correspondente a dois terços dos utentes que sofreram quedas, sendo na sua maioria viúvos, cerca de metade dos idosos inquiridos.

“Em Portugal, uma das alterações mais significativas da evolução demográfica recente, foi o envelhecimento da população a ritmo acelerado, traduzindo-se numa perda da população jovem (dos 0 aos 14 anos) e um aumento da população idosa (65 ou mais anos). Tal facto, deveu-se à diminuição da natalidade, a um aumento da esperança média de vida e do aumento da migração”, (Correia, 2003).

Neste presente trabalho, o grupo etário mais representado foi o grupo idoso (65 ou mais anos), contrariando assim o autor supra citado, em que afirma que o grupo etário com maior número de pessoas é o grupo muito velho (85 anos ou mais).

O grau de escolaridade dos intervenientes no estudo poderia auxiliar na caracterização social dos idosos e suas famílias, pois na maioria dos casos a elevada escolarização pode estar estreitamente ligada com um elevado nível de vida, porém na sua grande maioria estes são analfabetos, 18 (38,3%) utentes que sofreram queda, verificando-se isso principalmente nas instituições 1,2 e 3. Tal também foi descrito por (Raul, 1994), que defende que existe uma grande prevalência de analfabetismo na população idosa, sendo esta mais representativa no sexo feminino. Isto pode dever-se ao facto de no passado não ser obrigatório a escolaridade básica (4º ano), especialmente para as mulheres. Isto verificava-se mais no sexo feminino porque estas desde muito novas tinham que ficar em casa a ajudar os pais ou, ir para os campos trabalhar, devidas às dificuldades financeiras do agregado familiar e do meio. Este défice de instrução poderá condicionar o conhecimento e uso posterior de medidas preventivas neste caso das quedas. É então para este autor de extrema importância uma educação mais desenvolvida, pois a mesma permite um melhor acesso a informação de prevenção de queda.

Na instituição 4, na sua maioria possuía educação superior. É relevante salientar que esta instituição, apesar de se enquadrar na Misericórdia de Gaia, tem objectivos lucrativos, contrariamente às restantes que são de carácter social, significando que maior índice económico do meio envolvente é facilitador de acesso á continuidade dos estudos. Verificamos assim um decréscimo para metade das quedas que se verificaram nas outras instituições, reforçando assim a importância da educação dado pelo autor (Raul, 1994).

Relativamente à profissão dos inquiridos, como já era de esperar, a sua actividade profissional, quando na sua vida activa, foi de uma forma predominante o sector terciário representando mais de dois terços dos idosos que sofreram queda, sendo as profissões mais comuns, os agricultores, operários de fábrica e as domésticas.

Em relação ao tempo de institucionalização foi observado que um terço das quedas ocorreu em idosos que viviam nas Instituições entre os 01 – 03 anos e 06 – 09 anos.

Na tentativa de descobrirmos as causas das quedas dos idosos institucionalizados nestes lares, tentamos analisar alguns aspectos que consideramos importantes, neste processo. Tendo em conta que a doença é inerente ao processo de envelhecimento citamos (Ermida, 1999) que refere

que “Envelhecer é uma característica, por enquanto inevitável, das formas de vida mais elevadas. [...] Podemos defini-lo como um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo.”

Ao estudar a relação das quedas com a presença de doença verificamos que quase na sua totalidade ocorreram em idosos portadores de doença e só em 2 (4,3%) idosos é que não apresentavam nenhuma patologia.

A distribuição populacional dos residentes segundo as doenças que sofreu queda é maioritariamente a presença de doença cardiovascular representando dois terços dos utentes, já as doenças endócrina/metabólica representavam um terço dos utentes, estando muito próximo desta as doenças músculo esquelética. Como era de esperar um idoso está mais susceptível a sofrer múltiplas doenças provenientes da degeneração do seu corpo

Com base no estudo de Martins (2005) e Rozenteld (2003), face à tendência de sofrerem múltiplas patologias, os idosos tornam-se potenciais consumidores de fármacos o que gera riscos acrescidos para os mesmos. Este facto foi observado no estudo em questão, que revela que classes específicas de medicamentos podem estar associados ao aumento de quedas em idosos institucionalizados, como ocorrem com as drogas psicotrópicas, cardiovasculares, corticoesteroides e anti-inflamatórios, que podem levar a alterações músculo-esqueléticas e motoras, hipotensão postural e vertigens. Nomeadamente os medicamentos mais consumidos pelos idosos que caíram são os anti-hipertensores 19 (40,4%), anti-diabéticos 17 (36,2%), e Cardiotónicos 10 (21,7%).

De acordo com os dados obtidos no quadro 9 e o quadro 11, a comparação dos resultados obtidos entre portadores de doença associada e a toma regular de medicamentos, não é proporcional, sendo justificada pelos utentes que afirmam possuírem informação e conhecimento da sua patologia e medicação existente para a mesma, mas por opção pessoal não cumprem o respectivo tratamento, uma vez que é possível “aguentar” sem que tenham de recorrer aos processos terapêuticos habituais.

O fármacoterapia se por um lado é insubstituível no processo de tratamento de algumas patologias, a auto medicação, bem como a polimedicação num organismo sujeito a muitas mudanças e alterações biológicas decorrentes da idade, pode tornar-se susceptível a reacções secundárias no organismo. Como (Ruipérez, 1998) defende:

“Devido a alterações biológicas decorrentes da idade, o organismo dos idosos torna-se mais susceptível aos efeitos secundários e as interações dos fármacos. Os medicamentos que se associam à ocorrência de quedas são os hipertensores e os diuréticos, devido à alteração da consciência, do equilíbrio, da atenção, rigidez muscular e hipertensão postural provocadas por eles”

Como já foi referido inúmeras vezes o idoso está sujeito a muitas alterações durante todo o seu processo de envelhecimento, no entanto à que salientar a importância desse facto, assim sendo um dos factores que pode levar a queda são as alterações da sua percepção visual. A este propósito (Berger, 1999) defendeu no seu estudo que, as consequências normais e patológicas do envelhecimento, que contribuem para uma maior incidência de queda, incluem as alterações visuais, com uma perda da percepção de profundidade a susceptibilidade a ofuscação, a perda da acuidade visual e a dificuldade na acomodação a luz, conjunto este também observado no presente estudo onde verificamos que na auto avaliação da acuidade visual, dois terços dos inquiridos que sofreram quedas, pronunciou-se como possuidor de visão diminuída, a detecção e avaliação conveniente do seu espaço é muito importante para evitar quedas, podendo este défice ser facilmente corrigido. O défice visual dos inquiridos sujeitos a queda foi corrigido pelo uso de óculos quase na sua totalidade ocorrendo um caso de correcção através da aplicação de colírios

Já Netto (2001) refere que as mudanças morfológicas nos órgãos vestibulares contribuem para a diminuição da capacidade de orientação no espaço, assim sendo, a diminuição de audição é um factor predisponente nas quedas dos idosos, daí a relevância de estudarmos se o défice auditivo está ou não presente nos idosos estudados, verificando-se que, 16 (34,0%) idosos que sofreram quedas referiram deficit auditivo, apresentando alterações cognitivas. O deficit auditivo foi corrigido com recurso a aparelho auditivo por cerca de metade dos utentes que o referiam.

Sendo a dificuldade de deambulação um factor importante para o estudo sobre as quedas, quando se enquadraram os resultados evidenciados verificou-se que dos 38 (80,9) inquiridos, possui dificuldade na deambulação, ao contrário dos restantes, que afirma não possuir dificuldades na deambulação. Estes dados comprovam a relação entre dependência física e quedas defendida pelo trabalho de Carvalhães et al. (1998, p.16), onde este indica que pessoas de 77-84 anos que necessitam de ajuda, têm 14 vezes maior probabilidade de cair do que pessoas independentes.

Verificamos que só dois terços dos inquiridos que indicaram ter dificuldade na deambulação é que adoptaram meios de correcção desse défice. Foram observadas 1/3 das quedas em idosos que não usavam meios auxiliares de deambulação.

Podemos verificar que o meio auxiliar de deambulação mais comum usado pelos utentes em todas as instituições é a bengala, representado dois terços desta população, já quase representando o 1/3 restante encontram-se os idosos que utilizam a cadeira de rodas, só uma diminuta percentagem é que faziam uso de canadianas.

Na questão sobre a necessidade de acompanhamento na sua deambulação somente os que se deslocavam de cadeira de rodas é que afirmavam possuir essa necessidade.

As causas das quedas porém nem sempre podem ser atribuídas ao processo degenerativo que os idosos vivenciam. Muitas vezes, podem ser “culpa” do seu vestuário inapropriado ou até mesmo da própria instituição.

Segundo o estudo de (Farmácia saúde, 2004) existem pequenas alterações, a nível de vestuário e da instituição que se podem efectuar que são alguns dos factores que são propícios às quedas em idosos:

- Ter precauções com pisos escorregadios utilizando calçado anti-derrapante;
- Evitar móveis instáveis;
- Fixar tapetes, carpetes e tacos evitando assim que estes deslizem;
- Iluminar bem a casa e facilitar acesso aos interruptores;
- Ter atenção as camas, sofás, cadeiras e sanitas muito altas, de preferência mudar o mobiliário para um mais adequado;
- Evitar escadas muito inclinadas e sem corrimão;
- Não subir para bancos para aceder a prateleiras altas;
- Evitar animais de estimação dentro de casa.

Tendo em conta o supra enunciado pela (Farmácia saúde, 2004) e a verificação dos factores controlados nas instituições segundo a opinião dos inquiridos que sofreram queda, consideram-se diversas situações diferentes.

Nesse âmbito tentamos avaliar e equiparar o tipo de calçado que o idoso utilizava na altura da sua queda, pois um calçado estável e pouco aderente pode facilitar a perda do equilíbrio do

idoso, assim, observamos que muitos utentes ainda utilizam chinelos e sandálias representando 1/3 da população que sofreram queda, quando se tem em linha de conta que este tipo de calçado não oferece uma boa aderência ao chão. Porém, na sua maioria, quase metade da população que caiu usa sapatos de pala.

No que diz respeito à instituição em si, procuramos avaliar a estabilidade do mobiliário, observando que na opinião de 2/3 dos utentes os móveis estão bem fixos. Em relação a artigos de conforto, tais como tapetes e/ou carpete, maioritariamente considera que se encontram bem fixa.

A iluminação dos espaços é um aspecto muito importante que não se deve esquecer, pois como já referido, os idosos vai perdendo as suas capacidades visuais. Por consequente fomos verificar se a iluminação era suficiente para deambular, sendo considerada por quase na sua totalidade achavam que esta era suficiente. Quando comparamos os resultados podemos afirmar que as condições de iluminação são muito boas

Quanto a acessibilidade aos interruptores de luz, os utentes consideram que facilmente se consegue aceder sem que se tenha de levantar da cama sendo residual a parte discordante

Apesar de existirem elevadores nestas instituições como alternativa aos percursos, a altura das escadas é uma grande preocupação neste grupo etário, pois como alguns estudos referem é um local muito propenso a quedas. No entanto a maioria dos inquiridos 42 (89,4%), concordaram que os degraus das escadas das suas instituições estão bem dimensionadas, mas em contrapartida 4 (8,5%), julga-as altas, havendo ainda quem julgue que são baixas 1 (2,1%).

Podemos assim afirmar que o espaço envolvente está em conformidade com o público-alvo residente.

De realçar que todos os edifícios das instituições, estão dotadas de sistemas de protecção de pessoas, tais como, corrimão nas escadas e corredores, fitas anti-derrapantes nas escadas, material de detecção e intervenção e que todos os pisos estão interligados por mais do que uma escada de acesso e por elevadores.

Tendo em conta no estudo os locais das instituições mais susceptíveis a quedas, constatou-se que as circunstâncias em que as mesmas ocorreram, no grupo de 47 indivíduos que sofreram queda no último ano, é variável o local das mesmas, de lar para lar. Observa-se assim as seguintes distribuições: na Instituição 1 o local mais comum foi a Sala com 4 (8,5%) quedas, no entanto na

Instituição 2 o local com mais quedas foi no Quarto com 6 (12,8%) quedas, já na Instituição 3 o local mais comum onde ocorreram as quedas decorreram em três lugares diferentes, nomeadamente na Casa de Banho, no Corredor e fora do interior do lar, com 3 (6,4%) quedas em cada um dos locais, por fim, na Instituição 4, o local com mais ocorrência de quedas foi no Quarto com 5 (10,6%)

Contudo verifica-se uma alta incidência de quedas na instituição 4 localizada nos quartos, incidência esta que pode ser justificada por um período de institucionalização mais longo e utentes mais idosos. Outro aspecto é o facto de terem um quarto individualizado, com casa de banho e sala e por isso com maior permanência, já que é a sua casa. Verificou-se também nesta instituição um grau de escolaridade mais elevado justificada pela mesma ser de carácter lucrativo e não social.

Relativamente aos resultados obtidos observa-se que as condições em que as quedas ocorreram foram: na instituição 1, por terem tropeçado e ao sentar-se 3 (6,4%), na instituição 2, piso molhado e desconhecem o motivo com igual número 3 (6,4%), na instituição 3, tropeçar 4 (8,5%) e na instituição 4, indisposição 4 (8,5%). De referir os dados obtidos nas Instituições estudadas, em que no global foram encontrados 6 (12,8%) dos idosos que sofreram queda, não saberem referir a actividade ou sensação no momento da queda.

Nota-se uma percentagem muito próxima nas instituições estudadas sobre as condições em que as quedas acontecem. É de salientar que os resultados obtidos indicam como causa o facto “tropeçar/indisposição” o que nos leva a opinião de (Newman e Smith, 1994), a causa mais frequente das quedas é o facto de o idoso tropeçar com mais facilidade. Muitas quedas acidentais devem-se a um conjunto de factores ambientais tais como escadas mal iluminadas, tapetes escorregadios, mesas baixas, animais de estimação, assim como alterações fisiológicas normais decorrentes do envelhecimento, como a diminuição de acuidade visual, debilidade muscular e diminuição da coordenação. As vertigens podem desencadear uma queda, assim como a hipotensão postural devido a alterações ortostáticas da tensão arterial, quando o paciente se levanta demasiado rápido de uma posição de sentado ou deitado, podendo provocar uma queda. A utilização de antidepressivos, diuréticos ou de determinados medicamentos sem prescrição, podem agravar a situação. As lesões no sistema nervoso central, com os devidos acidentes cardiovasculares, podem levar a uma queda, outras causas frequentes de quedas nos idosos são o aborrecimento, depressão, perda de confiança, demência avançada e alcoolismo.

Em dois terços dos utentes que referiram quedas não houve consequência física ou só algumas nódoas negras, na restante parte 9 (19,1%) dessas quedas ocorreram fracturas, 4 (8,5%) quedas resultaram em dores, 2 (4,3%) quedas ocorreram feridas e 1 (2,1%) quedas deixou de caminhar por completo, utente este institucionalizado na Instituição 3. Estes resultados vão contra os estudos de Kane et al. (2004), pois verificou-se menos de 25% nas consequências graves provenientes do facto de cair.

Tendo em conta que a actividade dos utentes nas instituições analisada são baseadas em actividades comuns, quando se comparam os valores obtidos, pelos indivíduos que tem complicações e os que não tem, observa-se que não existem diferenças significativas, não se observando do mesmo modo evidência estatística que nos permita afirmar que ter ou não ter complicações está dependente do facto de existir cessação de actividades como consequência da queda. A análise dos dados permite referir que só 1/4 dos inquiridos que caíram é que deixou de realizar alguma actividade, actividades tais como sair sozinho e andar sozinho. De salientar porém que na instituição 3, 1 utente, perdeu a capacidade total de andar.

Quando a análise é feita tendo em conta as medidas preventivas para evitar nova queda, como consequência da queda, maioritariamente os inquiridos, não procuraram qualquer tipo de assistência ou medidas para evitar a mesmas. É de salientar que cerca de um terço achou que o simples facto de ter mais cuidado era suficiente. Só um utente é que procurou apoio no pessoal de saúde. Segundo (Kannus et al., 2000) e (Parker, 2001) se os idosos procurassem mais o pessoal de saúde, este poderia realizar um estudo de intervenção multifactorial realizado com residentes de instituições providas de unidades de cuidados, que combinava treino da equipa de saúde com modificações ambientais, revisão de fármacos prescritos e programas de exercícios, reduziu significativamente a incidência de quedas. Se não se puderem evitar quedas em si, é possível reduzir o risco de fracturas assegurando-se que os indivíduos sob alto risco usem protectores externos para os quadris. Por isso recomenda-se uma maior intervenção perante os idosos por parte do pessoal de saúde.

## V. CONCLUSÃO

As alterações no conceito de família são evidentes nos dias de hoje e influenciam intimamente o quotidiano dos que dela mais dependem. Os idosos necessitam da família como suporte e apoio. Enquanto que à alguns anos atrás, a sua convivência diária com os filhos e netos era uma realidade, hoje em dia essa situação começa a não ser frequente. Por variadas razões, nomeadamente, devido aos insuficientes apoios formais a família tem necessidade de recorrer à institucionalização, de forma a garantir os cuidados aos seus idosos, nesse sentido surgiu a necessidade de falar na maior problemática que afecta o idoso institucionalizado, nomeadamente a problemática das quedas.

Os resultados obtidos através deste estudo, embora não possam ser generalizáveis a toda a população, identificam e demonstram aspectos importantes que poderão ser tratados e aprofundados em outros trabalhos científicos neste âmbito, pois levantam novas questões de investigação a desenvolver posteriormente.

Diante disso a queda deve ser minuciosamente avaliada e os seus factores de risco explorados, a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física do idoso.

Os resultados deste estudo permitem-nos concluir que, a institucionalização por si só não representa um factor de risco, porem subentende-se que quando maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, contudo, isto não foi observado no estudo em questão, onde os idosos que mais sofreram quedas foram aqueles que possuem um tempo de institucionalização entre 1-3 anos e 6-9 anos, existindo neste estudo idosos institucionalizados até aos 21 anos.

Pode-se verificar que uma educação e estilo de vida mais enriquecido proporcionam acesso a melhores condições como melhor alimentação, acesso a informação, nomeadamente sobre a prevenção das quedas, entendem melhor a importância das mesmas, bem como procuram mais cedo apoio junto do pessoal de saúde, o que veio a justificar o decréscimo de quedas para metade da instituição 4 em relação as outras.

Neste estudo observou-se que do total das quedas, estas são mais relevantes nas pessoas do sexo feminino. Apesar de numerosos estudos evidenciarem esta maior incidência, ainda não se tem explicação conclusiva para a determinação do facto, mas sugerem-se como causas a constatação de que, nas mulheres é maior a fragilidade, a prevalência de doenças, e por consequente o uso de

medicamentos, o numero de actividades domesticas e estas sofrerem declínio muscular mais cedo comprometendo o seu estado funcional. Este facto também pode ser justificada pela sua maior longevidade.

Face à tendência de sofrerem de doença associada, os idosos tornam-se potenciais consumidores de fármacos o que gera riscos acrescidos para os mesmos. Isto foi observado no estudo em questão, que revela que classes específicas de medicações podem estar associadas ao aumento de quedas em idosos institucionalizados, como ocorrem com as drogas psicotrópicas, cardiovasculares, corticoesteroides e anti-inflamatórios que podem levar a alterações musculares, ósseas, motoras, hipotensão postural e vertigens.

Embora cerca de um terço dos utentes institucionalizados que sofreram queda aconteceram em pessoas que não apresentavam necessidade de meios auxiliares de deambulação maioritariamente moviam-se com auxílio de bengala e cadeiras de rodas. Salienta-se o facto da maior parte das quedas ocorrer em idosos que apresentam dependência funcional, bem como os únicos utentes que achavam que necessitavam de apoio de pessoal de saúde para a deslocação eram os indivíduos que se encontravam em cadeiras de rodas. Também se sabe que os meios de deambulação dão maior liberdade de movimento mas torna o idoso, como se verificou no estudo, mais exposto ao risco de quedas.

Em relação aos restantes factores enquadrados e estudados todos eles foram determinantes em escalas variáveis para o estudo realizado, contudo, não se conseguiram determinar causa/efeito relevantes nos factores determinantes das quedas dos idosos institucionalizados nos lares da Misericórdia de V.N de Gaia.

É relevante salientar, tendo em conta os diversos tipos de edificios onde os idosos se encontram institucionalizados, que os mesmos apresentam bom estado de conservação e higiene, estando dotados de equipamento de segurança e emergência, tais como corrimão nas escadas.

Verificou-se que a relação entre doença e toma de medicamentos, não é proporcional, e que apesar de ser justificada pelos doentes a recusa da toma medicamentosa, conclui-se que é necessário um maior controlo da mesma.

Sugere-se uma maior correcção aos deficits auditivos, pois através deste estudo, verificamos que ainda é um défice que muitos idosos não lhe dão a devida atenção e por isso não procuram a sua correcção.

Apesar de variável de instituição para instituição nos locais aonde ocorreram queda, verificou-se que as mesmas têm maior prevalência a acontecer nos quartos, casa de banho e sala. Sugere-se uma vigilância mais próxima e acompanhamento mais personalizado às necessidades do idoso, nestes locais.

Foi verificado na instituição 2 e 3 que 5 (6,4%) quedas ocorreram por o piso se encontrar molhado. Sendo um factor controlado pelo pessoal de limpeza das instituições, recomenda-se uma intervenção com cuidados acrescidos e verificação posterior á intervenção. Salienta-se que na instituição 3, uma dessas quedas provocou a perda total de andar do idoso.

Tendo em conta o circular normativo nº13/ DGCG de 2/7/2004, recomenda-se a leitura da mesma, bem como a implementação das suas recomendações no que se refere aos três Pilares fundamentais:

- Promoção de um envelhecimento activo, ao longo da vida;
- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- Promoção e desenvolvimento inter-sectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Por fim sugerem-se medidas tendentes a minimizar ou até evitar a queda do idoso no futuro

- Evitar tapetes e pisos escorregadios;
- Não usar chaves na porta do WC (local de acidentes frequente);
- Usar telefone próximo á cama e luzes de cabeceira fixas;
- Remover soleiras altas das portas;
- Não encerar o piso;
- A altura da cama e cadeiras deve ser apropriada para manter os pés do chão quando sentada;
- Colocar utensílios em locais de fácil acesso, evitando assim subir escadas ou bancos;
- Evitar calçados de salto alto, sola lisa ou calçado solto. Não andar de meias;
- Manter a casa iluminada, colocar um interruptor de luz de fácil acesso sem sair da cama;
- Não se levantar rapidamente após acordar;
- Esperar alguns minutos antes de se levantar ou caminhar;
- Retirar móveis baixos e prender mobiliário ao chão;
- Ao sentar, não utilizar sofás e cadeiras com acento mole e profundo;
- Não deixar fios e animais soltos;

- Instalar corrimão nas escadas e banheiros para apoio;
- Manter um banquinho no banheiro para facilitar a lavagem dos pés;
- Só tomar medicamentos sob orientação e controlo médico/enfermagem, principalmente diuréticos, soporíferos e anti hipertensores;
- Realizar visitas periódicas ao oftalmologista e, se for o caso, usar sempre óculos;

Não esquecer:

O idoso naturalmente apresenta diminuição de visão, usa sedativos com mais frequência, medicamentos que diminuem a concentração e o equilíbrio, tem diminuição da força muscular e, portanto, tornam-se mais vulnerável às quedas;

- Não usar medicamentos sem prescrição médica;
- O idoso deve ocupar-se com actividades que estimulem a coordenação como dança e artesanato, visto que a inactividade física encontrada nos idosos institucional acelera o processo de envelhecimento e suas complicações e conseqüentemente a perda de funções é progressiva.

Pensa-se que atingimos os objectivos propostos, consciente de que todo o esforço foi efectuado para que esta experiência se tornasse significativa e, desta forma, constituir um momento de crescimento pessoal e profissional indispensáveis a um desenvolvimento saudável da nossa formação.

## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A.M.M. (1999). Imobilidade: “ o doente alectuado ”, *Geriatrics*, 114 (2), pp. 13-21.
- Berger, L. (1995). Evitar os perigos. In: Berger, L e Mailloux-Poirier, D. “*Pessoas idosas – uma abordagem global*”. Lisboa, Lusodidacta, pp.: 379-438.
- Bodache, L. (2002). Traumas no idoso. In: Freitas e tal. E.V. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.665-671.
- Caldas, c. (2000). A dimensão existencial da pessoa idosa e do seu cuidador. [Em linha]. Disponível em «[www.unati.uerj.br/tse/scielo.php](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php)».
- Cantera, I. e Domingos, P. (1998). *Geriatria: guias práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, McGraw Hill, pp. 1-60
- Capejuti, E. (1998). Quedas. In: Forciea, M. A; Lavizzo Mourey, R. *Segredos em Geriatria*. Porto Alegre, Artmed, pp.135-142.
- Cardoso, M. (2000). O cuidar em Gerontologia: *uma análise etnográfica da pratica dos enfermeiros*. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pp. 11-41.
- Carvalho Filho, E.T. (1997). Fisiologia do Envelhecimento. In: Netto, M. P. *Gerontologia*. São Paulo. Atheneu, pp. 60-63.
- Carrol, M., Bsue, L. Y. (1991). *Enfermagem para idosos*. São Paulo, Andrei.
- Carvalhães, L. et al. (1998) Quedas. In: congresso paulista de geriatria e gerontologia. Consensos de gerontologia. São Paulo, p. 5-18.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, pp.27-39
- Correia, J. M. (2003). *Introdução a Gerontologia*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Daley, M. Y., Spirits, W. L. (2000). Excuse Mobility and Aging, *Sports Medicine*, 29 (1 / January), pp.1-12.
- Duarte, Y. A. O. (2002). Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica. In: Netto, m. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento: uma visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.222-226
- Ermida, J. G. (1999). *O Idoso: Problemas e realidades*. 1ª Ed. Lisboa: Formasau.

- Farmácia Saúde. (2001). *Segurança e conforto todos os dias*, 52, Janeiro, pp. 16-19.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras, Celta.
- Filho, A. W. Souza, R. R. (2000). *Anatomia e Fisiologia do envelhecimento*. In: Geriatria. Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, p. 31-40.
- Freitas et tal. E. V. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação*. Loures, Lusociência.
- Frontera, W. R. e Larson, L. (2001). Função da função esquelética nas pessoas idosas In: Kauffman, T. L. *Manual de Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Pp. 7-10.
- Gallo, J. Y. et al. (2001). Aspectos Clínicos do Envelhecimento. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Gonçalves; L. H. T, Alvarez; A.M (2002). O Cuidado na Enfermagem Gerontológica: Conceito e Prática. In Freitas e tal. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.756-761
- Hernández, M et al. (2000). Alteraciones de salud: la enfermedad en anciano. In: Hernández, M. et al. *Enfermería geriátrica*. Barcelona, Masson, pp. 85-98.
- Kane, R. L.; Ouslander, J. G.; Abrass I. B. (2005). *Geriátrica clínica*. Quinta edição, Rio de Janeiro, editora McGraw Hill Interamerica do Brasil Ltda.
- Kannus, P et al. (2000). Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. In: Kane, R. L.; Ouslander, J. G.; Abrass I. B. (2005). *Geriátrica clínica*. Quinta edição, Rio de Janeiro, editora McGraw Hill Interamerica do Brasil Ltda.
- Lima J. Silva A. (2002). Envelhecer. *Revista portuguesa de medicina geriátrica*. Volume XIV. Nº140
- Linhares, L; Cunha, L.M. (1999). Importância do enfermeiro nos cuidados ao idoso. *Geriatria*, 12, (111), pp.11-14.

Madeira, C. L. (1999). *Lares para idosos – dos discursos às práticas*. Coimbra, Universidade Coimbra.

Mailloux-Poirier, D. (1999). In: Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. *Pessoas Idosas uma Abordagem Global*. Lusodidacta, Lisboa.

Marina, J. A. (2004) *una filosofía de la ancianidad*. Revista Rol de Enfermaria. Barcelona. Ediciones Rol, S.A. 27:4, pp. 8-12.

Martins, T. J. X et al. (2005). *Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil*. Guia de Medicina Geriátrica. 2ª Edição, Organização Andrei Editora LTDA. Revista saúde pública; 34(6): 631-5, 2000.

Mestre, O. (1999). O Envelhecimento e a Mobilização. Prevenção de Acidentes. *Geriatrics*, 12 (116), pp. 18-24.

Néri, A. L. (2002). Teorias Psicológicas do envelhecimento. In: Freitas, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e de Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 32-33.

Netto, M. e Ponte, J. (2002). Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Netto, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp.3-12.

Netto, P. M; Salles, R. F. N. (2001). Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais. In: Netto, P. M; Brito, F. C. *Urgências em Geriatria. Epidemiologia. Quadro Clínico. Controle Terapêutico*. São Paulo: Atheneu, Pp. 1-22.

Newman, D. K; Smith, D. A. J. (1994). *Planos de Cuidados em Gerontologia*. Barcelona, Mosby.

Papalia, D. E. e Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Idade*. 7ª Ed. Porto Alegre, Artmed.

Paixão Júnior, C. M; Heckmann. (2002). Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas. In: Freitas, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 624-634.

Parker M. J.; Gillespie. W.J. (2001). Hip protectors or preventing hip fractor in elderly. The Cochrane Library, Issue 2. In: Kane, R. L.; Ouslander, J. G.; Abrass I. B. (2005). *Geriátrica clínica*. Quinta edição, Rio de Janeiro, editora McGraw Hill Interamerica do Brasil Ltda.

- Rio, C. (2001). A Posturografia Dinâmica Computorizada na Identificação e Queda nos Idosos. *Geriatrics*. 14, (131/Fevereiro), p. 22.
- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Rodríguez, A. P. R. et al. (2000). O Envelhecimento do Ser Humano. In: Rodríguez, A. P. R.; Diego, M. J. D. *Como Cuidar dos Idosos*. Brasil, Papyrus Editora, pp. 11-16.
- Rosa, M. J. J. e Vieira, C. (2003). A população no século XX. Coleção Breve, Lisboa: Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências sociais p.170
- Ruipérez, I; Llorente, P. (1998). *Geriatrics: Guias Práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill.
- Ruiz, F.P. et al. (1998). Frecuencias, Características y Consecuencia de Las Caídas En Una Cohorte de Ancianos Institucionalizados. *Atención Primaria*, 21 (7/Abril), pp. 437-445.
- Seabra, M. F. D. (1995). Que Idosos Temos? *Geriatrics*, 8 (75), pp.22-27.
- Sebastião, M. (2002). O Homem a Envelhecer – o Outono da vida, a perspectiva de enfermagem. *Geriatrics*, 15 (148), pp.35-50.
- Smeltzer, C. S. e Bare, B. G. (2002). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- Staab, A. S; Hodges, L.C. (1998). *Enfermagem Gerontológica*. Rio de Janeiro, McGraw-Hill.
- Tideiksaar, R. (2003). *As Quedas na Velhice*. 2ª Ed. São Paulo, Andrei.
- Thompson, A; Skinner, A; Piercy, J. (1994). *Fisioterapia de Tidy*. 12. ED. São Paulo: [s.n.],
- Umphred, D. e Lewis, R. W. (2002). *O envelhecimento do Sistema Nervoso* In: Kauffman, T. L. Manual de Reabilitação Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.p. 14-20.
- Vaendervoort, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: Barrie, P. et al. (2000). *Fisioterapia na Terceira Idade*. 2. Ed. São Paulo: [s.n.], p. 67-80
- Veron, M. (2001). Acidentes com Idosos. In: Gallo, J. J. et al. *Reichel, Assistência ao Idoso, Aspectos Clínicos do Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 555-560.

Vieira, E. B. (1996). *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter

Kramer, S ; Mausner, J. S (2004). *Introdução a epidemiologia*. Lisboa. Fundação Fundação Calouste Gulbenkian, 3ª edição

Rozenfeld, S. et al. (2003). *Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil*. Revista Panama Saúde Publica, June, vol.13, no.6, p.369-375. ISSN 1020-4989

Ziemerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed, p.4.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ON-LINE

Carrilho, M: J e Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas territoriais do envelhecimento anual exploratório dos resultados dos censos 1991-2001. Revista de estudos demográficos [Em linha] nº36, 175-191. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) [consultado em 25/02/2007]

Envelhecimento. Saúde dos Portugueses. [Em linha]. Disponível em [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt). [consultado em 20/02/07].

Ferrão, A. (2001). [Em linha]. Disponível em <http://www.cmv.pt>. [Consultado em 20/02/07].

Hospital Geral. [Em linha]. Disponível em [www.hospitalgeral.com](http://www.hospitalgeral.com). [consultado em 21/01/2007].

Instituto Nacional de Estatística. [Em linha]. Disponível em [www.infoeme.ine.pt](http://www.infoeme.ine.pt) [consultado em 10/01/2007]

Geriatrics. [Em linha]. Disponível em <http://www.geriatrics.u-g.html>. [consultado em 20/02/07].

Magalhães, D. N. (2004). [Em linha]. Disponível em [www.riotolel.com.br/a](http://www.riotolel.com.br/a). Invenção social da velhice/psicologia. [Consultado em 14/01/07].

Musse, N. S. [Em linha]. Disponível em [www.hospitalgeral.com](http://www.hospitalgeral.com). [Consultado em 14/01/07].

Nações Unidas. (2002). Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento. [Em linha]. Disponível em [www.un.org/spanish/envejecimento/sg.htm](http://www.un.org/spanish/envejecimento/sg.htm). [Consultado em 14/01/07].

World Health Organization (2002). *The European health report*. [Em linha]. Disponível em [http://www.euro.who.int/ageing/quality/20020710\\_1](http://www.euro.who.int/ageing/quality/20020710_1). [Consultado em 14/01/08].

## **Anexo**