RIASE
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

# QUEDAS, IDADE AVANÇADA E DOENÇA MENTAL

# CAÍDAS, LA VEJEZ Y LA ENFERMEDAD MENTAL

# FALLS, OLD AGE AND MENTAL ILLNESS

Gorete Reis - Doutora em Enfermagem. Professor Coordenador, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus; UNIFAI/Pt

Margarida Sotto Mayor - Doutora em Enfermagem, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos; UNIFAI/Pt

Helena Pestana - Doutora em Estatística, Professor Auxiliar, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e Emprego (ISCTE-IUL); UNIFAI/Pt

José Manuel Santos - Doutor em Psicologia; Professor Auxiliar, Universidade Fernando Pessoa, Porto; Enfermeiro Supervisor, Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria/Pt

VOL. 1 N.º 3 DEZEMBRO 2015

# RESUMO

As quedas na população mais velha que vive na comunidade são um importante problema de saúde particularmente quando estão em situações de internamento hospitalar. De etiologia multifatorial, pela sua gravidade e custos requerem intervenção preventiva. São reconhecidas as repercussões na funcionalidade e na qualidade de vida e os elevados custos socioeconómicos. **Objetivos**: identificar a prevalência de queda nas pessoas mais velhas e caracterizar do ponto de vista clínico, funcional e social as pessoas idosas envolvidas num episódio de urgência, num hospital psiquiátrico. **Métodos**: tratou-se de um estudo quantitativo, correlacional transversal. Estudou-se a prevalência de queda e fatores associados. A amostra foi constituída por 99 pessoas idosas envolvidas num episódio de urgência no biénio 2012/2013, num hospital psiquiátrico da zona norte de Portugal. **Resultados**: sugerem uma prevalência de 38% de quedas numa população envelhecida. A perturbação mental e a dependência são fatores em realce. **Conclusões**: uma complexa interação entre múltiplos fatores pessoais, ambientais e sociais na etiologia de queda sugere a importância da prevenção e de programas de monitorização do risco a ela associados.

**Descritores**: Acidentes por quedas; pessoas idosas; pessoas mentalmente doentes


# ABSTRACT

Falls in older people living in the community are an important health problem particularly when in cases of hospitalization. Having a multifactorial etiology, its severity and costs requires preventive intervention. The impact on functionality and quality of life and high socioeconomic costs, are recognized. The **aims** of this study were to identify the prevalence of falls in older people and characterize clinically, functionally and socially the elderly involved in an episode of urgency in a psychiatric hospital. **Methods**: This was a quantitative, correlational cross-sectional study. We studied the prevalence of falls and associated factors. The sample consisted of 99 elderly people involved in an episode of urgency in the biennium 2012/2013 including a psychiatric hospital in the north of Portugal. **Results**: suggest a prevalence of 38% of falls in an aging population. The mental disorder and addiction factors are highlighted. **Conclusions**: A complex interaction between multiple personal, social and environmental factors in the etiology of decline suggests the importance of prevention and monitoring programs of the risk associated with it.

**Descriptors**: Accidental Falls; old people; mentally ill persons

# INTRODUÇÃO

A população europeia envelhece. E, embora não sendo uniformemente, o índice de envelhecimento na União Europeia a 28, em 2012, tem o valor médio de 115,5%, variando entre 157,1% (Alemanha) e 55,5% (Irlanda) tendo Portugal o Índice de 129,4% (Pordata, 2013).

A maior longevidade predispõe à morbilidade, coexistindo várias entidades numa pessoa: a pluripatologia. Dentre elas, destacam-se as doenças do foro mental, as cárdio-cerebrovasculares, as oncológicas, as articulares, entre outras doenças crónicas e incapacitantes que obrigam à polimedicação, estratégia não isenta de riscos. Quando associados os fatores podem mostrar repercussões na mobilidade e na dependência física e mental que inauguram o ciclo da fragilidade, ficando as pessoas mais sujeitas a episódios de queda não intencional (Gilbert et al., 2012; Partridge et al., 2014).

A prevalência de queda varia entre os países, assumindo valores entre 28% a 35% nos indivíduos com mais de 65 anos e valores entre 32% a 42% nos que têm mais de 70 anos. Aumenta de 30% para 50% nos grupos que vivem em residências de longo termo. No entanto, muitas vezes a incidência de queda é avaliada a partir da assistência hospitalar e negligenciada nas outras situações (Gilbert et al., 2012), seja por falta de controlo institucional seja porque os idosos não a reportam, por esquecimento (Makizako et al., 2014) identificando-se situações que se configuram de subnotificação (Martin, Ribeiro, Almeida & Santos, 2013). Há autores que apontam a maior incidência nas mulheres (Borson et al., 2013) mas outros nos homens por causa da maior comorbilidade (Tängman, Eriksson, Gustafson & Lundin-Olsson, 2010). A causa é multifatorial, com fatores intrínsecos e extrínsecos que atuam sinergicamente (Vu, Weintraub & Rubenstein, 2006) ou, como na classificação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), fatores biológicos (idade, sexo, doenças crónicas, declínio nas capacidades física, cognitiva e afetiva), comportamentais (polimedicação, falta de exercício, calçado inadequado e abuso de álcool), ambientais (edifícios em mau estado; pisos e escadas irregulares; falta de varões de apoio, e iluminação deficiente) e socioeconómicos (baixo rendimento, más condições habitacionais, falta de interação social, acesso limitado aos serviços de saúde e sociais, precários recursos da comunidade). A limitação física e o consumo de medicação psicotrópica elevam o risco de queda (Chan et al., 2013) e levam à sua repetição. Ter alterações cognitivas (Laakkonen et al., 2013), de balanço corporal, do equilíbrio e marcha lentificada, acresce o risco (Chan et al., 2013; Robinovitch et al., 2013), que ganha expressão no pior desempenho das AVD's. Num estudo sobre risco de queda em doentes psiquiátricos com grupo de controlo (Chan et al.,2013) verificaram diferenças estatisticamente significativas, sendo pior no grupo: dos mais idosos, dos com comorbilidade, dos desorientados, dos com alterações de consciência

e dos com restrição da mobilidade. Acresce o que Lavsa e outros constataram, de que a polimedicação era um fator de risco, embora não a idade, o sexo e a doença Lavsa, Fabian, Saul, Corman & Coley, (2010).

As consequências das quedas verificam-se a nível físico, emocional e funcional, podendo levar à morte, mas também têm elevado peso socioeconómico (Gilbert et al., 2012) e altos custos assistenciais pelo que se repercute na qualidade de vida. Por isso, impõe-se a prevenção de quedas como melhor estratégia, com abordagem multifatorial e multidisciplinar, com avaliação regular e sistemática que inclua o trabalho postural estático e dinâmico, o reforço muscular adaptado, o ensino e orientação sobre técnicas de segurança e estilos de vida e a mobilização dos fatores ambientais e socioeconómicos (Gilbert et al., 2012; Hawley--Hague, Boulton, Hall, Pfeiffer & Todd, 2014). No entanto, ser mais vulnerável obriga a que se organize o trabalho daqueles que cuidam, de modo a proporcionar contactos de qualidade na área afetiva e da socialização (Mallidou, Cummings, Schalm & Estabrooks, 2013), suavizando a intervenção instrumental. O enquadramento apresentado justifica os objetivos deste estudo que foram identificar a prevalência de queda nas pessoas mais velhas, caracterizar, do ponto de vista clínico, funcional e social as pessoas idosas envolvidas num episódio de urgência no biénio 2012/2013 num hospital psiquiátrico da zona Norte de Portugal e, analisar os fatores associados ao risco de queda.

# MÉTODOS

A amostra foi constituída por 99 pessoas idosas envolvidas num episódio de urgência no biénio 2012/2013 inclusive, num hospital psiquiátrico da zona norte de Portugal. Foi um estudo transversal, descritivo e correlacional. Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a folha de avaliação inicial (AI) que consta do processo clínico onde se inserem os registos das variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais. Destas, foram utilizadas as seguintes variáveis: Género; Estado Civil; Idade; Horas de sono por dia; Medicação para dormir; Motivo de internamento; Antecedentes pessoais; Alterações sensoriais; Alteração de pensamento; Atividade alucinatória; Orientação (tempo/espaço/alo e auto); Valores de Tensão Arterial; Dor e Funcionalidade. Estudou-se a prevalência de queda registada na folha de avaliação inicial e referida nos episódios de urgência. O tratamento estatístico foi descritivo e correlacional com modelos de análise categórica (Pestana & Gageiro, 2009). Respeitaram-se os princípios éticos que norteiam a investigação baseados na Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

# RESULTADOS

A amostra é maioritariamente feminina (83,8%), viúva (38,4%), com média de idade de 72,38 anos (50% têm entre 66 e 82 anos). Os de idade mais avançada (média 76,39), caem mais do que os mais novos (média 69,74; p=0,008). No caso da mobilidade verifica-se que a maioria, 70,8%, é independente, variando significativamente com as quedas, conforme teste do rácio de verosimilhança, (p=0,025). Em relação à interferência da funcionalidade nas quedas, constata-se que quem precisa de ajuda tem maior risco de cair (3,63 vezes), do que os independentes com diferenças significativas (p=0,001). Em relação ao autocuidado a maioria, 53,5%, das pessoas necessita de ajuda para se cuidar, sendo que as independentes têm menor risco de cair (6,2vezes; p=0,001). Contrariamente, quem precisa de ajuda na mobilidade tem maior risco de queda do que os independentes (3,63 vezes). Quem sofre de doenças do aparelho urinário e/ou de incontinência vesical, tem maior tendência para cair (1,5 vezes), embora as diferenças não sejam significativas (Tabela nº 1).

Tabela nº 1 – Características demográficas e relação com as quedas

| Características demográficas e clínicas | Utentes (n = 99) | Testes (*p*) |
|---|---|---|
| Quedas | | |
| Sim % (n) | 38.4 (38) | |
| Não % (n) | 58.6 (58) | Binomial (p<0.001) |
| Sexo | | |
| Homem % (n) | 16.2(16) | |
| Mulher % (n) | 83.8 (83) | Binomial (p <0.001) |
| Quedas | | |
| Homem % (n) | 40 (6) | RR= 1.02 |
| Estado civil % (n) | 39.5 (16) | Fisher Exact (p=0.594) |
| Solteiro % (n) | 5.1 (5) | Conditional Indepen- |
| Casado % (n) | 30.3 (30) | dence |
| Divorciado % (n) | 14.1 (14) | Mantel-Haenszel |
| Viúvo % (n) | 38.4 (38) | (p=0.045) |
| | | |
| Idade Média (SD) | 72.38 (12.3) | |
| | | |
| Quedas | | |
| Sim % | 76.39 | |
| Não % | 69.74 | t (p=0.008) |
| (P75-P25) (Min/Max) | (82-66) (38/97) | |

Tabela nº 1 – Características demográficas e relação com as quedas

| Características demográficas e clínicas | Utentes (n = 99) | Testes (*p*) |
|---|---|---|
| Idade Média (SD) | 72.38 (12.3) | |
| | | |
| Quedas | | |
| Sim % | 76.39 | |
| Não % | 69.74 | t (p=0.008) |
| (P75-P25) (Min/Max) | (82-66) (38/97) | |
| | | |
| Auto-cuidado | | |
| Dependentes % (n) | 12.7 (9) | Qui Square Test |
| Precisa ajuda % (n) | 53.5 (38) | Pearson p= 0.001 |
| Independentes % (n) | 33.8 (24) | |
| | | |
| Auto-cuidado | | |
| Quedas | | |
| Dependentes % (n) | 70.0 (7) | |
| Precisa ajuda % (n) | 45.8 (22) | RR =6.2 |
| Independentes % (n) | 22.2 (8) | |
| | | |
| Eliminação urinária | | |
| Quedas | | |
| Normal | 35.9 (28) | |
| Incontinência | 53.8 (8) | RR= 1.5 |
| Eliminação urinária | | |
| | | |
| Mobilidade | | |
| Dependente% (n) | 7.3 (7) | Teste do rácio |
| Precisa de ajuda % (n) | 21.9 (21) | da verosimilhança |
| Independente % (n) | 70.8 (68) | p= 0.025 |

A maioria tem excesso de peso (58,7%, IMC >= 27.1), porém, neste estudo, as quedas não variam significativamente com o índice de massa corporal (IMC). O motivo de internamento foi essencialmente por alterações de comportamento (57,6%), seguido de sintomatologia depressiva (19,6%), sendo os restantes motivos a psicose (5,4%), e outros (17,4%). Quem foi internado por alteração de comportamento tem maior risco de queda do que os restantes (1,8 vezes; p=0,05). Quando se analisam isoladamente os episódios de agressão e a ocorrência

de quedas, verifica-se que a maioria, 68,6%, não tem essa alteração e quem protagoniza episódios de agressão tem um maior risco de queda (1,46 vezes), embora as diferenças não sejam significativas.

No que concerne à prevalência de queda, verifica-se que é de 38,4% sendo que a maioria não tem risco (Fisher, p<0,001). No entanto, é 6,7 vezes maior o risco de cair nos que têm risco explicitado.

No que se refere ao sono identifica-se que 60,6% das pessoas dorme entre 5 a 8 horas por dia, intervalo considerado normal para os idosos. Os restantes 39,4 % têm perturbações do sono. Todavia, quando se relaciona com as quedas observa-se que quem não cai tem em média mais horas de sono do que quem cai (6,60 vs 6,19), com diferenças não significativas. A maioria, 90% toma medicação para dormir, verificando-se que quem não a toma tem maior risco de cair (1,6 vezes); porém, não há diferença estatisticamente significativa mesmo quando se observa a situação em relação ao género (Tabela nº 2).

Tabela nº 2 – Relação entre a presença de doenças e terapêutica e experiência de quedas

| Doenças e quedas | Utentes (n = 99) | Testes (*p*) |
|---|---|---|
| Medicação para dormir | | |
| Sim % (n) | 90 (81) | RR= 1.6 |
| Não % (n) | 10(9) | |
| | | |
| Quedas | | |
| Sim % (n) | 38.4 (38) | Binomial (p<0.001) |
| Não % (n) | 58.6 (58) | Binomial (p<0.001) |
| | | |
| Doenças psicológicas | | |
| Sim % (n) | 11.1 (8) | Fisher exat test |
| Não % (n) | 88.9 (85) | (p= 0.265) |
| | | |
| Doenças psiquiátricas | | |
| Demência | 47.9 (46) | |
| Psicose | 15.6 (15) | RR=1.6 |
| Esquizofrenia | 1 (1) | |
| PMD | 14.6 (14) | |
| | | |
| Doenças neurológicas | | RR=1.7 |
| Sim % (n) | 11.5 (11) | Mantel Haenszel |
| Não % (n) | 88.5 (85) | Common odds |

Quando se analisa a interferência da presença de dor nas quedas, verifica-se que 87,5% das pessoas não mostrou dor e as quedas não variam significativamente com a dor, (LR) p=0,676. Verifica-se que 45,2% das pessoas têm alterações de pensamento e esses têm 1,1 vezes maior risco de cair do que não as refere. A maioria, 91,3%, não tem alucinações, não se distinguindo quanto às quedas. Também se verificou que a maioria (88,5%) não tem doenças neurológicas, mas os que as têm mostram risco aumentado de cair (1,7 vezes). Na análise dos itens da categoria do estado mental constata-se que a maioria está orientada auto e alo psiquicamente (71,9% e 66,7%), seguida de quem está orientada no espaço, 56,3%. Apenas a orientação espacial se diferencia com o risco maior de queda (0,63 vezes). Em relação à orientação temporal, verifica-se que 58,3% das pessoas tem esta alteração; porém isso não se reflete no risco de queda (Tabela nº 3).

Tabela nº 3 - Estado mental, motivo de internamento e associação às quedas

| Estado mental | Utentes (n = 80) | Testes (*p*) |
|---|---|---|
| Motivo de internamento | | |
| Alteração de comportamento | 57.6 (53) | |
| Sintomas Depressivos | 19.6 (18) | |
| Psicose | 5.4 (5) | Pearson Test, |
| Ansiedade | 3.3 (3) | p = 0.06 |
| Outros | 14.1 (13) | |
| | | |
| Motivo de internamento | | |
| Quedas | | |
| Alterações do Comportamento | 49.1 (26) | |
| Sintomas deprimidos | 22.4 (4) | RR=1.8 |
| Psicose | 40 (2) | |
| Outros | 35.3 (6) | |
| | | |
| Orientação_alopsíquica | | |
| Sim % (n) | 66.7 (64) | Fisher com p = 0.999 |
| Não % (n) | 33.3 (32) | |
| | | |
| Orientação_autopsiquica | | |
| Sim % (n) | 71.9 (69) | Fisher com p = 0.64 |
| Não % (n) | 28.1 (27) | |
| | | |
| Orientação espacial | | |
| Quedas | | |
| Sim % (n) | 31.5 (17) | RR= 0.63 |
| Não % (n) | 50 (21) | |

Tabela nº 3 - Estado mental, motivo de internamento e associação às quedas

| Estado mental | Utentes (n = 80) | Testes (*p*) |
|---|---|---|
| Orientação temporal | | |
| Sim % (n) | 41.7 (40) | Fisher com p = 0.527 |
| Não % (n) | 58.3 (56) | |

No que se refere às alterações músculo-esqueléticas, constata-se que a maioria (80,2%) não as mencionou e que quem as referiu tem 1,3 vezes maior risco de queda. As doenças respiratórias foram pouco referidas (5,6%) e as pessoas nessa condição têm menor risco de queda (0,85 vezes). Quanto à relação entre a diabetes e as quedas, verifica-se que há maior risco de queda em quem padece da doença (1,04 vezes); no entanto, as diferenças não são significativas. No que corresponde aos episódios de queda e aos valores de tensão arterial, verifica-se que os hipertensos têm maior risco de queda (p> 0,05). Em relação às alterações sensoriais, nomeadamente do ouvido, verifica-se que a maioria não as tem e estas não estão associadas a queda. A análise específica às doenças psiquiátricas mostra que a maioria tem como antecedentes demência (47,9%) seguida pelo diagnóstico de psicose (15,6%) e 14,6% pela psicose maníaco-depressiva.

# DISCUSSÃO

Estudou-se uma amostra de pessoas de idade avançada, com antecedentes de doença mental que vive na comunidade e que teve um episódio de urgência. Trata-se de uma população maioritariamente feminina, parcialmente dependente, com pluripatologia e polimedicação. A prevalência de queda nesta amostra é alta, 38,4%, e consistente com outros estudos que indicam que, à medida que a idade avança, aumenta também o risco de queda assumindo valores de 28% a 35% nos indivíduos com mais de 65 anos e valores entre 32% a 42% nos que têm mais de 70 anos (WHO, 2007), não variando nem com a idade nem com o sexo. As mulheres têm apresentado, noutros estudos, mais elevada prevalência de queda (Morris, 2007) neste, não se encontrou essa diferença. Acresce que as pessoas têm outros diagnósticos associados ao risco de queda, nomeadamente, a deterioração cognitiva que

está subjacente aos processos demenciais de que quase metade da amostra padece e que é coerente com outros estudos (Taylor, Delbaere, Mikolaizak, Lord, & Close, 2013).

Realça-se a dependência nos autocuidados e o maior risco de queda, o que segue os estudos de outros autores (van Strien, Koek, van Marum & Emmelot-Vonk, 2013). Conhece-se a poderosa associação entre a incapacidade funcional e a mortalidade (Idland, Pettersen, Avlund, & Bergland, 2013) e, neste estudo, o grau de dependência prediz o risco de queda. Há um padrão hierárquico de declínio e quem menos cai são os mais autónomos em atividades que exigem mais potencial e os que têm limitações nas atividades menos complexas. Assim, identifica-se um padrão hierárquico de deterioração funcional (Idland et al., 2013) e reconhece-se que aqueles que ainda têm energia para uma caminhada, ainda que lentificada, estão em menor risco, retardando em certa medida o círculo vicioso da redução da atividade física, perda da função física e início da incapacidade.

Neste estudo não se verificou a relação entre o risco de queda e o compromisso na eliminação vesical, ao contrário de outros autores que sugerem que grande parte dos episódios de queda se relaciona com as perdas de urina involuntárias, sobretudo no período noturno (Gilbert et al., 2012). Apesar dos valores encontrados acerca da mobilidade serem razoáveis em termos de autonomia, as dificuldades de orientação espacial, temporal e auto e alopsíquica podem ser fatores de perturbação, comprometendo a marcha, pelos efeitos que aquelas alterações refletem em termos de gestos e de equilíbrio. Outro fator de maior risco de queda é o IMC, pelas associações que agrega enquanto entidade nosológica e por todas as consequências cardiovasculares e de equilíbrio associadas ao IMC, nomeadamente um maior consumo de fármacos (Robinovitch et al., 2013); porém, neste estudo, não se verificou associação entre essa variável e episódios de queda.

Tratando-se de idas ao serviço de urgência predominantemente por alterações de comportamento, verifica-se que esta situação se associa significativamente com as quedas, situação idêntica à de outros estudos (Stubbs et al., 2014a) que referem que a perturbação de comportamento agrava a perceção da realidade e esta por sua vez tira algum discernimento que permita proteger-se de eventuais desequilíbrios com consequentes quedas. Os episódios agressivos são também alterações de comportamento associadas a risco de queda, o que não se verificou neste estudo, havendo apenas um ligeiro aumento de queda.

A avaliação do risco de queda parece fundamental para minimizar a ocorrência deste fenómeno. Por isso, os autores aconselham a sua avaliação de forma preventiva, o que está de acordo com os valores encontrados nesta investigação. A monitorização do risco é uma estratégia proactiva, ainda mais adequada quando há estudos que associam o aumento do risco para a queda às dificuldades nas capacidades física e mental (Hawley-Hague et al., 2014; Robinovitch et al., 2013).

Alguns autores referem ter havido grandes modificações na demografia e no consumo de medicamentos com um aumento proporcional no risco de cair (De Brauwer et al., 2014). Neste estudo, a maioria, 90%, toma medicação para dormir, verificando-se que as pessoas que não a tomam têm maior risco de cair, ao contrário de outros autores que são unânimes em referenciar a medicação como fator de queda (van Strien et al., 2013). No caso desta amostra, há ainda a dependência nos autocuidados enquanto limitação física associada a maior risco de queda, o que vai ao encontro do que Carter e colaboradores referem quando afirmam que a limitação física associada à medicação psicotrópica eleva o risco de queda (Carter et al., 2001). Acresce que o tipo de medicação, (psicotrópicos, cardiotónicos e analgésicos) está associado a quedas (van Strien et al., 2013) e neste estudo, o consumo de fármacos para dormir existe na quase totalidade da amostra, sendo que as médias de consumo noutros estudos rondam os seis a oito medicamentos diferentes por dia (Limpawattana, Euawiriyanukool & Sawanyawisuth, 2014).

Quando se analisa a interferência da presença de dor nas quedas, verifica-se que não é frequente a presença de dor e que as quedas não variam significativamente com a dor ao contrário de outros estudos (Stubbs et al., 2014a; Stubbs et al., 2014b) que associam o risco de cair à dor, nomeadamente nos membros inferiores. Contudo, alguns autores referem que dado o estigma que acompanha a doença mental, por vezes a dor não é registada nem encaminhada para especialistas por se partir do pressuposto de que o doente mental não adere ao tratamento (Corrigan et al., 2014). Num estudo (Stubbs et al., 2014a), vinte e um artigos mencionaram que em 12 meses, 50,5% dos idosos com dor relataram uma ou mais quedas, em comparação com 25,7% dos controles. Numa meta-análise global com catorze estudos demonstrou-se que a dor foi associada a um aumento da probabilidade de queda (Stubbs et al., 2014a; Stubbs et al., 2014b).

A prevalência de queda é elevada e embora abaixo dos valores apresentados pela OMS (WHO, 2007), pode estar-se face a uma situação de subnotificação, já apontada por diversos autores (Gilbert et al., 2012).

Os fatores de risco comportamentais mostram-se nas funções cognitivas deficitárias, que podem acompanhar as doenças cerebrovasculares e afetar todas as áreas do comportamento, inclusive, diretamente, o funcionamento cognitivo, o que compromete as estratégias de aproximação, planeamento, desenvolvimento de atividades cognitivas, entre outras, situação verificada neste estudo. A vida social fica alterada quando há compromisso das funções executivas, como é o caso das demências, predispondo ao isolamento social. Constata-se o papel fundamental destas funções no risco de queda e a evidência de que lesões do hemisfério direito podem potenciar aquele risco ( Nagamatsu, Munkacsy, Liu-Ambrose, & Handy, 2013). O padrão de fatores de risco sugere uma complexa interação

de fatores pessoais e comportamentais nas quedas dos idosos com doenças mentais, sendo que são recomendados estudos sobre o desenvolvimento de procedimentos de triagem multifatoriais e intervenções adaptadas individualmente para evitar a queda. As alterações de pensamento e a atividade alucinatória não se mostraram associadas com a queda; todavia, alguns autores referem que um certo alheamento da realidade, como acontece nas alterações de pensamento e na atividade alucinatória, pode protagonizar um motivo para queda.

No que se refere às alterações músculo-esqueléticas que tendencialmente provocam risco de queda nas pessoas mais velhas, constata-se que a maioria não as mencionou mas quem as tem apresenta maior risco de queda. No mesmo sentido estão as doenças respiratórias realçando-se que fazendo-se a ventilação de forma adequada tem menor risco de confusão o que evita o desequilíbrio que leva ao episódio de queda (Bellelli et al., 2014). Em relação à diabetes e a sua relação com as quedas, verifica-se que há maior risco de queda nos que padecem da doença (Ng, Lee, Toh, & Ko, 2014; Shin et al., 2014). No que corresponde aos episódios de queda e aos valores de tensão arterial verifica-se que os hipertensos têm maior risco de queda todavia, não se estabeleceu a diferença proposta por outros autores que referem haver um aumento de prevalência de hipertensão com a idade e esta está associada com outras comorbilidades, nomeadamente algumas mudanças estruturais e maior rigidez e envelhecimento de órgãos e sistemas (Kapoor & Kapoor, 2013), o que por si só pode facilitar o evento de queda. Em relação às alterações do sistema sensorial, nomeadamente do ouvido, porque tem relevância como órgão que interfere no equilíbrio, verifica-se que a maioria não tem essas alterações e que as pessoas que as têm não têm esse fator associado a episódios de queda.

Limitações do estudo: A avaliação dos fatores de risco é limitada pelo que seria útil abranger os fatores socioeconómicos e ambientais e medir de modo mais compreensivo o risco de queda, incluindo o equilíbrio e a força. Apurar a medicação consumida permitirá prever fatores específicos relacionados com os consumos farmacológicos.

# CONCLUSÕES

Os idosos com perturbação mental têm elevada prevalência de quedas e os fatores de risco são múltiplos, nomeadamente a maior idade, a deterioração cognitiva e a dependência nos autocuidados. Mesmo nos casos em que a mobilidade não está perturbada as dificuldades de orientação podem precipitar o risco de queda. O comportamento perturbado pode gerar distorção na perceção e por isso deve ser associado às quedas. Revela-se importante

melhorar a avaliação da dor na pessoa com doença mental porque ela é subvalorizada, não se verificando a associação que geralmente existe na restante população idosa. São requeridas abordagens complexas e multidimensionais na prevenção das quedas desta população e é preciso estabelecer programas específicos de monitorização do risco e de controlo dos fatores. A implicação na prática profissional leva a poder minorar-se os custos pessoais e em geral da sociedade com reflexo na qualidade de vida das pessoas mais velhas que vivem na comunidade.

# REFERÊNCIAS

Bellelli, G., Bruni, A., Malerba, M., Mazzone, A., Aliberti, S., Pesci, A., & Annoni, G. (2014). Geriatric multidimensional assessment for elderly patients with acute respiratory diseases. *European Journal of Internal Medicine*, *25*(4), 304–311. http://doi.org/10.1016/j.ejim.2014.03.002.

Borson, S., Frank, L., Bayley, P. J., Boustani, M., Dean, M., Lin, P.-J., … Ashford, J. W. (2013). Improving dementia care: The role of screening and detection of cognitive impairment. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, *9*(2), 151–159. http://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.08.008.

Carter, D., Kannus, P., & Khan, M. (2001). Exercise in the prevention of falls in older people. *Sports Med.*, *6*, 427–438.

Chan, C., Gau, S., Chan, H., Tsai, Y., Chiu, C., Wang, S., & Huang, M. (2013). Risk factors for falling in psychiatric inpatients: A prospective, matched case control study. *Journal of Psychiatric Research*, 1–7. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.04.002.

Corrigan, P., Mittal, D., Reaves, C., Haynes, T., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*, *218*(1-2), 35–38. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028.

De Brauwer, I., D'Hoore, W., Swine, C., Thys, F., Beguin, C., & Cornette, P. (2014). Changes in the clinical features of older patients admitted from the emergency department. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *59*(1), 175–180. http://doi.org/10.1016/j.archger.2014.03.005.

Gilbert, T., Szczerbińska, K., Ziere, G., Ait, S., Bonnefoy, M., van der Velde, N., & Cruz-Jentoft, A. J. (2012). Management of falls: France, the Netherlands, Poland. *European Geriatric Medicine*, *3*(4), 246–253. http://doi.org/10.1016/j.eurger.2012.05.001.

Hawley-Hague, H., Boulton, E., Hall, A., Pfeiffer, K., & Todd, C. (2014). Older adults' perceptions of technologies aimed at falls prevention, detection or monitoring: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, *83*(6), 416–426. http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.03.002.

Idland, G., Pettersen, R., Avlund, K., & Bergland, A. (2013). Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *56*(3), 501–506. http://doi.org/10.1016/j.archger.2012.12.005.

Kapoor, P., & Kapoor, A. (2013). Hypertension in the elderly: A reappraisal. *Clinical Queries: Nephrology*, *2*(2), 71–77. http://doi.org/10.1016/j.cqn.2013.04.003.

Laakkonen, M., Savikko, N., Hölttä, E., Tilvis, R., Strandberg, T., Kautiainen, H., & Pitkälä, K. (2013). Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers. A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility. *European Geriatric Medicine*, *4*(6), 389–393. http://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.09.006.

Lavsa S., Fabian T., Saul M., Corman S., Coley K. (2010). Influence of medications and diagnoses on fall risk in psychiatric inpatients. *Am J Heal Syst Pharma*.67:1274–1280.

Limpawattana, P., Euawiriyanukool, W., & Sawanyawisuth, K. (2014). Self management and factors associated with the impact of insomnia among older adults with chronic medical illnesses at outpatient clinic. *European Geriatric Medicine*, *5*(2), 103–107. http://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.11.014.

Mallidou, A., Cummings, G., Schalm, C., & Estabrooks, C. A. (2013). Health care aides use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9):1229-1239. http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.009.

Makizako, H., Shimada, H., Doi, T., Yoshida, D., Tsutsumimoto, K., Uemura, K.... Suzuki,T. (2014). The combined status of physical performance and depressive symptoms is strongly associated with a history of falling in community-dwelling elderly: cross-sectional findings from the Obu Study of Health Promotion for the Elderly (OSHPE). *Arch Gerontol Geriatr*, 58(3), 327–31. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2452513

Martin, I., Ribeiro, Ó., Almeida, R., & Santos, Â. (2013). Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años. *Gerokomos*, *24*(4), 158–163.

Morris, R. (2007). Predicting falls in older Women. *Menopause International*, *13*(4), 170–177.

Nagamatsu, L., Munkacsy, M., Liu-Ambrose, T. & Handy, T. (2013). Altered visual– spatial attention to task-irrelevant information is associated with falls risk in older adults. *Neuropsychologia*, 8,1–8.

Ng, C., Lee, J., Toh, M., & Ko, Y. (2014). Cost-of-illness studies of diabetes mellitus: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *105*(2), 151–163. http://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.03.020.

Partridge, J., Dhesi, J., Cross, J., Lo, J., Taylor, P., Bell, R., … Harari, D. (2014). The prevalence and impact of undiagnosed cognitive impairment in older vascular surgical patients. *Journal of Vascular Surgery*, *60*(4), 1002–1011.e3. http://doi.org/10.1016/j.jvs.2014.04.041.

Pestana, H., & Gageiro, J. (2009). *Análise Categórica, Árvores de Decisão e Análise de Conteúdo em Ciências Sociais e da Saúde com o SPSS*. Lisboa: Lidel.

Pordata. (2013). Retrato de Portugal na Europa. *Indicadores de 2011*. Lisboa: FFMS.

Quach, L., Yang, F., Berry, S., Newton, E., Jones R., Burr J., & Lipsitz L. (2013). Depression, Antidepressants and Falls Among Community-Dwelling Elderly People: The MOBILIZE Boston Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 68(12):1575-1581. doi: 10.1093/gerona/glt084. Epub2013Jul1.

Robinovitch, S. N., Feldman, F., Yang, Y., Schonnop, R., Leung, P. M., Sarraf, T., … Loughin, M. (2013). Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. *Lancet*, *381*(9860), 47–54. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61263-X.

Shin, J., Shortridge-Baggett, L., Sachmechi, I., Barron, C., Chiu, Y., Bajracharya, B., & Bang, H. (2014). Screening for type 2 diabetes mellitus in patients with mental illness: Application of a self-assessment score for diabetes mellitus risk. *Psychiatry Research*, 1–6. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.047.

Stubbs, B., Eggermont, L., Binnekade, T., Sepehry, A., Patchay, S., & Schofield, P. (2014a). Pain and the risk for falls in community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *95*(1), 175–187. http://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.08.241.

Stubbs, B., Eggermont, L., Soundy, A., Probst, M., Vandenbulcke, M., & Vancampfort, D. (2014b). What are the factors associated with physical activity (PA) participation in community dwelling adults with dementia? A systematic review of PA correlates. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *59*(2), 195–203. http://doi.org/10.1016/j.archger.2014.06.006.

Tängman, S., Eriksson, S., Gustafson, Y., & Lundin-Olsson, L. (2010). Precipitating factors for falls among patients with dementia on a psychogeriatric ward. *International Psychogeriatrics / IPA*, *22*(4), 641–649.

Taylor, M., Delbaere, K., Mikolaizak, A., Lord, S., & Close, J. (2013). Gait parameter risk factors for falls under simple and dual task conditions in cognitively impaired older people. *Gait & Posture*, *37*(1), 126–130. http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.06.024.

van Strien, A., Koek, H., van Marum, R., Emmelot-Vonk, M. (2013).Psychotropic medications, including short acting benzodiazepines, strongly increase the frequency of falls in elderly. *Maturitas*, *74*(4), 357–362. http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.004.

Vu, M., Weintraub, N., & Rubenstein, L. (2006). Falls in the nursing home: are they preventable? *J AM Med Dir Assoc*, *7*(3 suppl), S53–S58. http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2005.12.016.

WHO. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneve: WHO.

Correspondência: greis@uevora.pt