

QUEDAS DOS IDOSOS NO DOMICÍLIO

FALLS OF THE ELDERLY AT HOME

CAÍDAS DE ANCIANOS EN EL HOGAR

Ana Rita Pelado Carochinho¹

Ermelinda Caldeira²

Sónia Jacob³

RESUMO: As quedas ocorrem em todas as faixas etárias, principalmente enquanto se é criança e posteriormente numa idade mais avançada, mas é nesta última que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes são mais preocupantes, porque os idosos que caem requerem internamento hospitalar, na sua grande maioria, o que acarreta um aumento dos custos a nível do serviço de saúde. As quedas são a segunda principal causa de morte não intencional em todo o mundo⁽⁸⁾. Alguns fatores de risco podem ser alterados e alvo de prevenção, havendo outros que não podem ser eliminados. **Objetivo:** identificar os fatores de risco de queda no domicílio. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, com uma amostra de 10 pessoas idosas. A recolha de dados foi realizada através de um questionário adaptado a partir de avaliação Jefferson Area Board for Aging (1998) da segurança em casa (Stanhope & Lancaster, 2011), instrumento para avaliar o risco de quedas (Potter & Perry, 2006) e adaptações no domicílio para prevenir quedas (Duarte & Barbosa, 2011 in Ribeiro & Paúl, 2011). A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 27.0. **Resultados:** a média de idades dos participantes é de 75,5 anos, o mais novo tem 65 anos e o mais velho tem 92 anos de idade. Quanto ao sexo, 50% são do sexo feminino e 50% do masculino. Quanto aos tipos de medicamentos que são ingeridos, observa-se que 50% das pessoas tomam diuréticos ou com efeitos diuréticos, 70% estão medicados com anti hipertensores ou depressores do sistema nervoso central e 20% tomam medicamentos que aumentam a motilidade gastro-intestinal. Os problemas de saúde atuais presentes na amostra são a obesidade (30%), a diabetes (90%), a hipertensão arterial (80%), as doenças reumáticas (40%), a osteoporose (20%), os problemas de visão (90%), as dificuldades na audição (30%) e 10% apresentam ainda outros problemas que não os referidos anteriormente. Embora 90% dos idosos apresentem problemas de visão, só 66,67% utilizam meios para corrigir esse problema e os que afirmam ter problemas de audição (30%), nenhum deles utiliza meios de correção para essa necessidade. Verificámos que 90% dos idosos manifesta dificuldade em caminhar e todos usam auxiliares de marcha, que são a bengala (33,33%), a cadeira de rodas (33,33%), as muletas (22,22%) e 11,11% recorrem ao tripé. Quando questionados sobre a incapacidade de se levantarem de uma cadeira, sem utilizar o apoio, de pelo menos, um dos braços, 80% das

¹ Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo - Centro de Diagnóstico Pneumológico - Beja - Portugal. E-mail: aritacarochinho@hotmail.com.

² Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Évora - Portugal E-mail: ecaldeira@uevora.pt.

³ Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo -Unidade de Cuidados na Comunidade - Beja - Portugal. E-mail: sonia.jacob@ulsba.min-saude.pt.

peessoas afirmam que têm essa incapacidade. Sobre os problemas de equilíbrio, 90% têm esse problema, o mesmo valor para quem já caiu. Dos 90% que já sofreram quedas, foi-lhes perguntado quantas vezes caíram no último ano e 3 idosos caíram uma vez, 3 caíram duas vezes e outros 3 caíram cinco ou mais vezes. Em relação ao tempo decorrido desde a última queda, 55,56% dos idosos afirmam que caíram entre 1 mês e 6 meses atrás e 33,33% deram a última queda há mais de 6 meses e menos de um ano, apenas 11,11% caíram há mais de um ano. Quanto ao local onde a pessoa caiu, 44,44% dos participantes sofreram a queda no quarto, 11,11% caíram na casa de banho, na cozinha ou no quintal e 22,22% em outros locais que não os identificados no questionário. Em relação ao motivo aparente da queda, 33,33% dizem ter-se desequilibrado, 22,22% afirmam que a queda resultou de tonturas e a mesma percentagem por terem tropeçado e há 22,22% de idosos que apontam outra causa para a queda. Apesar de 90% dos idosos já terem caído, apenas um (11,11%) necessitou de internamento, por fratura do colo do fémur. Em nenhuma habitação existem barras de segurança no chuveiro ou de apoio junto à sanita, assim como, luz de emergência, o mesmo se verifica relativamente ao mobiliário do quarto e da sala que não está fixo ao chão. O piso antiderrapante só se encontra na cozinha de uma casa. Relativamente aos tapetes existem 37,5% de habitações que têm tapete junto ao primeiro e último degrau das escadas, 25% têm no quarto e 12,5% na cozinha. São 87,5% os idosos que apresentam dificuldade em subir e/ou descer as escadas/degraus e metade das casas não possuem corrimão junto das mesmas. **Conclusão:** após a análise dos dados pode-se concluir que são diversos os fatores de risco de queda presentes, tanto a nível pessoal (fatores intrínsecos) como a nível do ambiente físico da habitação (fatores extrínsecos).

Palavras-chave: Quedas. Idosos. Prevenção. Domicílio.

ABSTRACT: Falls occur in all age groups, especially when you are a child and later at a more advanced age, but it is in the latter that the prevalence of the risk of falling and the resulting damage are more worrying, because the elderly who fall require hospitalization, for the most part, which leads to an increase in health service costs. Falls are the second leading cause of unintentional death worldwide⁽⁸⁾. Some risk factors can be changed and prevented, while others cannot be eliminated. **Objective:** to identify risk factors for falls at home. **Methodology:** this is a descriptive study, with a sample of 10 elderly people. Data collection was performed using a questionnaire adapted from the Jefferson Area Board for Aging (1998) assessment of home safety (Stanhope & Lancaster, 2011), an instrument to assess the risk of falls (Potter & Perry, 2006) and adaptations at home to prevent falls (Duarte & Barbosa, 2011 in Ribeiro & Paúl, 2011). Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 27.0 software. **Results:** the average age of the participants is 75,5 years, the youngest is 65 years old and the oldest is 92 years old. As for gender, 50% are female and 50% are male. As for the types of drugs that are ingested, it is observed that 50% of people take diuretics or with diuretic effects, 70% are medicated with antihypertensives or central nervous system depressants and 20% take drugs that increase gastrointestinal motility. Current health problems are obesity (30%), diabetes (90%), high blood pressure (80%), rheumatic diseases (40%), osteoporosis (20%), vision problems (90%), hearing difficulties (30%) and 10% still have other problems than those mentioned above. Although 90% of the elderly have vision problems, only 66,67% use means to correct this problem and those who claim to have hearing problems (30%), none of them use means of correction for this need. We found that 90% of the elderly showed

difficulty in walking and all use walking aids, which are a cane (33,33%), a wheelchair (33,33%), crutches (22,22%) and 11,11% use a tripod. When asked about the inability to get up from a chair, without using the support of at least one of the arms, 80% of people say they have this incapacity. About balance problems, 90% have this problem, the same value for those who have fallen. Of the 90% who had already fallen, they were asked how many times they had fallen in the last year and 3 elderly people had fallen once, 3 had fallen twice and another 3 had fallen five or more times. Regarding the time elapsed since the last fall, 55,56% of the elderly said they fell between 1 month and 6 months ago and 33,33% had their last fall more than 6 months ago and less than a year ago, only 11,11% fell more than one year ago. As for the place where the person fell, 44,44% of the participants suffered the fall in the bedroom, 11,11% fell in the bathroom, kitchen or backyard and 22,22% in places other than those identified in the questionnaire. Regarding the apparent reason for the fall, 33,33% said they were unbalanced, 22,22% said that the fall resulted from dizziness and the same percentage because they tripped, and 22,22% of elderly people point to another cause for the fall. Although 90% of the elderly had already fallen, only one (11,11%) required hospitalization due to a fracture of the femoral neck. There are no safety bars in the shower or toilet next to the toilet, as well as an emergency light, the same is true for bedroom and living room furniture that is not fixed to the floor. The non-slip floor is only found in the kitchen of a house. Regarding rugs, there are 37,5% of homes that have a rug next to the first and last step of the stairs, 25% have a rug in the bedroom and 12,5% in the kitchen. 87,5% of the elderly have difficulty going up and/or down stairs/steps and half of the houses do not have handrails next to them. **Conclusion:** after analyzing the data, it can be concluded that there are several fall risk factors present, both at a personal level (intrinsic factors) and at the level of the physical environment of the house (extrinsic factors).

Keywords: Falls. Elderly. Prevention. Home.

RESUMEN: Las caídas ocurren en todos los grupos de edad, especialmente cuando se es niño y posteriormente a una edad más avanzada, pero es en este último donde la prevalencia del riesgo de caída y el daño resultante son más preocupantes, pues los ancianos que caen requieren hospitalización, en su mayor parte, lo que conduce a un aumento en los costos de los servicios de salud. Las caídas son la segunda causa principal de muerte no intencional en todo el mundo⁽⁸⁾. Algunos factores de riesgo se pueden cambiar y prevenir, mientras que otros no se pueden eliminar. **Objetivo:** identificar los factores de riesgo de caídas en el hogar. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo, con una muestra de 10 ancianos. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario adaptado de la evaluación de la seguridad en el hogar (Stanhope & Lancaster, 2011) de Jefferson Area Board for Aging (1998), un instrumento para evaluar el riesgo de caídas (Potter & Perry, 2006) y adaptaciones en el hogar para prevenir caídas (Duarte & Barbosa, 2011 en Ribeiro & Paúl, 2011). El análisis de los datos se realizó con el software Statistical Package for the Social Sciences versión 27.0. **Resultados:** la edad promedio de los participantes es de 75,5 años, el más joven tiene 65 años y el mayor 92 años. En cuanto al género, el 50% son mujeres y el 50% son hombres. En cuanto a los tipos de fármacos que se ingieren, se observa que el 50% de las personas toman diuréticos o con efectos diuréticos, el 70% se medican con antihipertensivos o depresores del sistema nervioso central y el 20% toman fármacos que aumentan la motilidad gastrointestinal. Los problemas de salud

actuales son la obesidad (30%), la diabetes (90%), la hipertensión arterial (80%), las enfermedades reumáticas (40%), la osteoporosis (20%), los problemas de visión (90%), las dificultades auditivas (30%) y el 10% todavía tiene otros problemas además de los mencionados anteriormente. Aunque el 90% de los adultos mayores tienen problemas de visión, solo el 66,67% utiliza medios para corregir este problema y los que afirman tener problemas de audición (30%), ninguno utiliza medios de corrección para esta necesidad. Encontramos que el 90% de los ancianos presenta dificultad para caminar y todos usan ayudas para caminar, que son bastón (33,33%), silla de ruedas (33,33%), muletas (22,22%) y 11,11% usa trípode. Cuando se les pregunta sobre la incapacidad para levantarse de una silla, sin utilizar el apoyo de al menos uno de los brazos, el 80% de las personas dice tener esta incapacidad. Sobre los problemas de equilibrio, el 90% tiene este problema, el mismo valor para los que han caído. Del 90% que ya se había caído se les preguntó cuántas veces se habían caído en el último año y 3 ancianos se habían caído una vez, 3 se habían caído dos veces y otros 3 se habían caído cinco o más veces. En cuanto al tiempo transcurrido desde la última caída, el 55,56% de los adultos mayores dijo que se cayó hace entre 1 mes y 6 meses y el 33,33% tuvo su última caída hace más de 6 meses y menos de un año, solo el 11,11% se cayó más de una hace un año. En cuanto al lugar donde cayó la persona, el 44,44% de los participantes sufrió la caída en el dormitorio, el 11,11% cayó en el baño, la cocina o el patio y el 22,22% en lugares distintos a los identificados en el cuestionario. En cuanto al motivo aparente de la caída, el 33,33% dijo que se desequilibró, el 22,22% dijo que la caída fue por mareo y el mismo porcentaje porque tropezó, y el 22,22% de los ancianos apuntan a otra causa de la caída. Aunque el 90% de los ancianos ya había caído, solo uno (11,11%) requirió hospitalización por fractura del cuello femoral. No hay barras de seguridad en la ducha o aseo junto al inodoro, así como luz de emergencia, lo mismo ocurre con los muebles de dormitorio y salón que no se fijan al suelo. El piso antideslizante solo se encuentra en la cocina de una casa. En cuanto a las alfombras, hay un 37,5% de viviendas que tienen una alfombra junto al primer y último escalón de la escalera, un 25% tienen alfombra en el dormitorio y un 12,5% en la cocina. El 87,5% de las personas mayores tienen dificultad para subir y/o bajar escaleras/escalones y la mitad de las casas no tienen pasamanos al lado. **Conclusión:** tras el análisis de los datos, se puede concluir que existen varios factores de riesgo de caída presentes, tanto a nivel personal (factores intrínsecos) como a nivel del entorno físico de la vivienda (factores extrínsecos).

Palabras clave: Caídas. Adulto mayor. Prevención. Hogar.

INTRODUÇÃO

Portugal tem assistido ao longo dos anos ao envelhecimento da sua população, conduzindo ao aumento da longevidade e em sentido contrário à redução da natalidade. O número de filhos por casal não é suficiente para a renovação das gerações, mas infelizmente viver mais anos não significa viver melhor, ou seja, a esperança de vida saudável aos 65 anos fica aquém das expectativas.

O envelhecimento humano pode ser definido como o “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” ⁽²⁾.

Deste modo, existem várias patologias que se podem associar às quedas, e a doença osteoarticular é uma delas. A queda é uma das várias consequências desta doença, ou seja, as pessoas idosas que sofrem desta patologia têm maior risco de cair.

As quedas estão na origem de uma significativa morbidade e/ou mortalidade, representando um grave problema de saúde pública. Este fato constata-se perante os números das estatísticas: as lesões dos membros superiores, as fraturas da anca e os traumatismos cranianos são as patologias mais frequentes relacionadas com as quedas. Importa também salientar que estas pessoas ficam internadas, em média, entre quatro a quinze dias e que 20% dos idosos que sofrem fratura da anca morrem após um ano. Perante isto, podemos afirmar que as quedas têm um grande impacto nos cuidados de saúde, nomeadamente a nível financeiro com a elevação dos custos ⁽⁵⁾.

Assim, é imperativo atuar junto desta população idosa para que se possam identificar os fatores de risco de queda (intrínsecos e extrínsecos) e deste modo, reduzir a sua ocorrência. É prioritário uma avaliação do risco de queda de cada idoso e uma avaliação habitacional, relativamente ao ambiente/espço físico, para uma intervenção eficaz tornando o domicílio de cada pessoa um espaço mais seguro.

Para realização deste estudo foi imprescindível conhecer a problemática em questão, analisando os dados que evidenciam a pertinência e a importância da realização do mesmo, recorrendo ao método descritivo, de forma a garantir um contributo para a diminuição das quedas no domicílio, evitando idas ao serviço de saúde e possíveis danos que possam ocorrer quando se cai.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define o termo “cair” como a “descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical” ⁽⁷⁾ que se traduz pelo evento ou episódio queda.

A percentagem de pessoas entre os 65 e os 69 anos de idade que sofre uma queda todos os anos é de 28 a 35%, aumentando esta prevalência para 32 a 42% se tiver mais de 70 anos de idade⁽⁸⁾. Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados estão relacionados com quedas. São a segunda principal causa de morte não intencional em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁾ descreve vários fatores associados às quedas, tais como: biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais. Alguns destes fatores podem ser alterados e alvo de prevenção, havendo outros que não podem ser eliminados.

Segundo a autora Morse, as quedas podem ser de três tipos:

- Quedas acidentais, são aquelas que não se conseguem prever, ocorrem por fatores externos à pessoa que não apresenta risco de queda e a sua prevenção consegue-se através da minimização dos riscos ambientais (fatores extrínsecos/externos);

- Quedas fisiológicas não antecipáveis, também não são possíveis de prever tal como as anteriores e a pessoa também não tem risco de queda, mas são causadas por fatores fisiológicos inerentes à pessoa (fatores intrínsecos), como por exemplo convulsões ou perda de força;

- Quedas fisiológicas antecipáveis, ocorrem em indivíduos com risco de queda e com alterações fisiológicas, sendo estas que se verificam na maioria das vezes e que têm potencial para serem passíveis de prevenção⁽¹⁾.

A mesma autora desenvolve uma escala para avaliação do risco de queda, conhecida como Escala de Quedas de Morse. Esta escala divide-se em seis itens: antecedentes de queda/história de queda, diagnóstico secundário, apoio na deambulação, terapia endovenosa em perfusão, tipo de marcha e estado mental/perceção mental. Estes itens apresentam duas ou três possibilidades de resposta. “A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos”⁽¹⁾. Considera-se que a pessoa tem risco elevado de queda quando a soma total é igual ou superior a 45 pontos.

A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multi-fatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras e a execução de intervenções individualizadas. É fundamental

que o utente e a sua família sejam envolvidos nesta dinâmica e que a promoção da saúde, através da prevenção seja uma realidade, uma vez que no nosso país não existe uma política consensual de intervenção nesta problemática é urgente ocorrer uma mudança ⁽⁵⁾.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, no período temporal entre setembro e outubro de 2021, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Baixo Alentejo. A população do estudo são os utentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). No período da recolha de dados, das 30 vagas disponíveis, estavam internadas 27 pessoas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão a amostra do estudo ficou constituída por 10 utentes, na faixa etária entre os 65 e os 92 anos de idade.

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 65 ou mais anos de idade, aceitar participar no estudo e com capacidade de compreensão das perguntas do questionário e capacidade de resposta às mesmas. Quanto aos critérios de exclusão: utentes com idade igual ou inferior a 64 anos e utentes acamados.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário adaptado a partir de avaliação Jefferson Area Board for Aging (1998) da segurança em casa (Stanhope & Lancaster, 2011), instrumento para avaliar o risco de quedas (Potter & Perry, 2006) e adaptações no domicílio para prevenir quedas (Duarte & Barbosa, 2011 in Ribeiro & Paúl, 2011). Este divide-se em quatro partes: na primeira parte faz-se uma caracterização sócio-demográfica da pessoa, na parte dois avalia-se o estado de saúde atual da mesma, na terceira parte avalia-se a sua mobilidade e por fim, na quarta parte caracteriza-se o ambiente físico em que cada pessoa vive, nomeadamente a casa de banho, o quarto, a cozinha, a sala e se existem escadas e/ou degraus na habitação.

A análise sistemática dos dados foi efetuada com recurso ao software SPSS versão 27.0 (Statistical Package for the Social Sciences) e foi mantida a confidencialidade exigida neste tipo de estudo.

Os participantes foram informados e esclarecidos que o mesmo seria de caráter anónimo e voluntário, com a possibilidade de desistência em qualquer momento, sem prejuízo para os próprios e sem custos, o que se traduziu no preenchimento e assinatura do

consentimento informado, livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e homologado pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde.

RESULTADOS

Para facilitar a organização e a compreensão, os resultados serão divididos por caracterização sócio-demográfica, estado de saúde atual, mobilidade e ambiente físico, que correspondem às quatro partes que compõem o instrumento de colheita de dados (questionário).

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

A média de idades dos participantes é de 75,5 anos, o mais novo tem 65 anos e o mais velho tem 92 anos de idade. Quanto ao sexo, 50% são do sexo feminino e 50% do masculino. Pode-se constatar que a maioria dos idosos são casados ou vivem em união de fato (60%), dos restantes, 20% são divorciados ou separados e 20% são viúvos. Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos utentes concluiu o 1º ciclo (40%), 30% são analfabetos, 20% têm o 2º ciclo e 10% só sabem ler e escrever. Verificámos que 30% dos idosos vivem sozinhos, 60% residem com o cônjuge e 10% vivem com o filho.

ESTADO DE SAÚDE ATUAL

Também foram questionados sobre a terapêutica em ambulatório e verifica-se que 80% dos idosos tomam quatro ou mais medicamentos por dia. Quanto aos tipos de medicamentos que são ingeridos, observa-se que 50% das pessoas tomam diuréticos ou com efeitos diuréticos, 70% estão medicados com anti hipertensores ou depressores do sistema nervoso central e 20% tomam medicamentos que aumentam a motilidade gastro-intestinal.

Os problemas de saúde atuais são a obesidade (30%), a diabetes (90%), a hipertensão arterial (80%), as doenças reumáticas (40%), a osteoporose (20%), os problemas de visão (90%), as dificuldades na audição (30%) e 10% apresentam ainda outros problemas que não os referidos anteriormente. Embora 90% dos idosos apresentem problemas de visão, só 66,67% utiliza meios para corrigir esse problema e os que afirmam ter problemas de audição (30%), nenhum deles utiliza meios de correção para essa necessidade.

MOBILIDADE

Verificámos que 90% dos idosos manifesta dificuldade em caminhar e todos usam auxiliares de marcha, que são a bengala (33,33%), a cadeira de rodas (33,33%), as muletas (22,22%) e 11,11% recorrem ao tripé. Quando questionados sobre a incapacidade de se levantarem de uma cadeira, sem utilizar o apoio, de pelo menos, um dos braços, 80% das pessoas afirmam que têm essa incapacidade.

Sobre os problemas de equilíbrio, 90% têm esse problema, o mesmo valor para quem já caiu. Dos 90% que já sofreram quedas, foi-lhes perguntado quantas vezes caíram no último ano e 3 idosos caíram uma vez, 3 caíram duas vezes e outros 3 caíram cinco ou mais vezes. Em relação ao tempo decorrido desde a última queda, 55,56% dos idosos afirmam que caíram entre 1 mês e 6 meses atrás e 33,33% deram a última queda há mais de 6 meses e menos de um ano, apenas 11,11% caíram há mais de um ano. Quanto ao local onde a pessoa caiu, 44,44% dos participantes sofreram a queda no quarto, 11,11% caíram na casa de banho, na cozinha ou no quintal e 22,22% em outros locais que não os identificados no questionário. Em relação ao motivo aparente da queda, 33,33% dizem ter-se desequilibrado, 22,22% afirmam que a queda resultou de tonturas e a mesma percentagem por terem tropeçado e há 22,22% de idosos que apontam outra causa para a queda. Apesar de 90% dos idosos já ter caído, apenas um (11,11%) necessitou de internamento, por fratura do colo do fémur.

AMBIENTE FÍSICO

Todas as casas de banho têm tapete de borracha no chuveiro, mas apenas 8 possuem tapete antiderrapante junto ao mesmo e nenhuma tem barras de segurança no chuveiro, apenas 4 têm assento fixo para lavagem dos pés e todas possuem porta toalhas e suporte para produtos de higiene de fácil acesso, não existe nenhuma com barras de apoio junto à sanita, há também 8 casas de banho que têm boa iluminação, mas nenhuma possui luz de emergência e piso antiderrapante.

Em relação ao quarto, há 9 idosos que referem conseguir apoiar os pés no chão quando estão sentados na cama e nenhum tem o mobiliário do quarto fixo ao chão. Apenas 7 pessoas têm acesso aos interruptores da luz quando estão deitados na cama e existem 2

quartos que apresentam tapetes no chão, e mais uma vez, nenhum tem luz de emergência, mas todos eles não têm fios elétricos soltos.

Em 8 habitações, as cozinhas apresentam armários que estão facilmente ao alcance dos utentes e apenas duas tinham os armários muito altos. Só uma tem chão antiderrapante e tapetes. Há 9 cozinhas com boa iluminação e não existe nenhuma com fios elétricos soltos e que possua luz de emergência.

De acordo com os dados obtidos, no que diz respeito à sala pode verificar-se que 3 têm cadeiras com braços de apoio, todos os assentos dos sofás são macios e depressíveis e todos eles têm apoios laterais. Existem 9 habitações que têm boa iluminação na sala, nenhuma tem fios elétricos soltos e também não existe luz de emergência nem mobílias fixas ao chão.

Quanto à presença de escadas/degraus encontram-se em 8 habitações, mas só metade é que têm corrimão, 7 têm boa iluminação, mas 3 têm tapetes junto ao 1º e último degrau. Houve 7 idosos que referiram ter dificuldade em subir/descer os degraus/escadas da sua própria casa, apenas um não apresenta qualquer tipo de dificuldade.

DISCUSSÃO

A população idosa apresenta um risco de queda elevado, que muitas vezes se traduz num número frequente de quedas, algumas sem consequências para quem as sofre, mas nalguns casos, podem gerar algum trauma que conduza a algum tipo de incapacidade e no limite, à morte ⁽⁶⁾. Geralmente, ocorrem em ambiente doméstico ⁽⁹⁾, ou seja, as pessoas caem na sua própria casa, que supostamente deveria ser um espaço seguro, mas pelo contrário, é muitas vezes inseguro, propício à queda.

Embora com uma amostra reduzida, que reflete o número de participantes no estudo, conseguiu-se discutir os resultados obtidos na análise dos dados com os de outros estudos consultados após pesquisa bibliográfica.

O estudo da autora Santos ⁽¹⁰⁾ efetuado à população brasileira idosa revela que são as mulheres que mais caem, o mesmo refere outro estudo de Gautério ⁽³⁾, apontando a causa das quedas nas mulheres para as patologias associadas ao sexo feminino e à menopausa, tais como as doenças osteoarticulares, mas também a ligação que as senhoras têm com as atividades domésticas. Embora no nosso estudo não possamos afirmar que é o sexo

feminino que mais sofre quedas, uma vez que a amostra é constituída por 50% de homens e de mulheres e destes, 90% já caíram. Mas, 40% dos idosos têm problemas reumáticos e 20% têm osteoporose, que como vimos anteriormente, são estas doenças que estão, na maioria das vezes, associadas às quedas.

Um dos problemas de saúde atuais descritos pelos participantes é a diminuição da acuidade visual, presente em 90% das pessoas, em que apenas 66,67% utilizam meios para a corrigir. Outro estudo consultado ⁽³⁾ corrobora os dados apresentados, pois a diminuição da visão também é um fator de risco para as quedas, assim como as tonturas, que estão presentes em 22,22% da nossa amostra.

Neste seguimento, os fatores de risco identificados com maior frequência foram as alterações de equilíbrio, a idade acima de 65 anos, o uso de anti hipertensivos, a inexistência de material antiderrapante em ambiente doméstico e tapetes espalhados pelo chão da casa ⁽³⁾⁽⁴⁾. Deste modo, podemos afirmar que estes fatores de risco anteriormente referidos estão presentes no estudo que foi desenvolvido, pois 90% dos participantes referem problemas de equilíbrio, são todos idosos com idade igual ou superior a 65 anos, 70% estão medicados com anti hipertensores e o ambiente habitacional, nomeadamente a casa de banho, nenhuma possui chão antiderrapante, quanto aos tapetes existem na cozinha de uma casa, estão presentes no quarto de duas habitações e 3 possuem-nos junto das escadas/degraus.

Os participantes do estudo estão polimedicados, constata-se que 80% tomam 4 ou mais medicamentos por dia, 70% estão medicados com anti hipertensores ou depressores do sistema nervoso central. O estudo de Gautério ⁽³⁾ indica-nos que os anti-hipertensivos são considerados responsáveis pelas maiores frequências de interações e de possíveis reações adversas, que podem levar à ocorrência de quedas, nomeadamente hipotensão ortostática. Da mesma forma, os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como ansiolíticos e antidepressivos, podem causar reações adversas, que resultam em quedas, fraturas, confusão e isolamento social.

Em relação ao motivo aparente da queda, 33,33% dizem ter-se desequilibrado, 22,22% afirmam que a queda resultou de tonturas e a mesma percentagem por terem tropeçado e há 22,22% de idosos que apontam outra causa para a queda. Em concordância estão os autores de um estudo brasileiro ⁽⁹⁾ que afirmam que a maioria das quedas ocorrem por

perda de equilíbrio resultante de um tropeço ou escorregadela, associados ao piso escorregadio e/ou há presença de obstáculos, como por exemplo tapetes e móveis, o que também se verifica nas habitações dos idosos que participaram no nosso estudo. Tal como o estudo de Niza ⁽⁶⁾, que aponta o principal motivo de queda as tonturas/desequilíbrio/acidente vascular cerebral (50%), seguindo-se o tropeçar (33,3%). O mesmo é corroborado por Gautério ⁽³⁾ ao afirmar que a queda ocorreu devido aos fatores ambientais (piso escorregadio, molhado ou irregular e tapetes espalhados no chão), aliados aos problemas de equilíbrio, representando os fatores causadores de todos os acidentes com quedas.

No nosso estudo, relativamente ao local onde a pessoa caiu, 44,44% dos participantes sofreram a queda no quarto, 11,11% caíram na casa de banho, na cozinha ou no quintal e 22,22% em outros locais que não os identificados no questionário. O estudo de Santos ⁽¹⁰⁾ também apresenta a casa de banho, o quarto, as escadas/degraus e o quintal como os locais da casa onde ocorreram a maioria das quedas. Outro estudo ⁽⁶⁾ também confirma que o quarto e a rua (25%), a casa de banho e o quintal (16,7%) são os locais onde mais caem os idosos.

A consequência mais comum das quedas é a fratura, tanto a nível dos membros superiores como dos inferiores ⁽³⁾, mas no nosso estudo efetuado dos 9 utentes que já caíram, apenas um (11,11%) fraturou o colo do fémur com necessidade de internamento, todos os outros não tiveram sequelas após a queda.

O estudo efetuado mostra a insegurança presente nas diversas divisões da casa, nomeadamente a ausência de piso antiderrapante na casa de banho, assim como barras de apoio e de segurança junto ao chuveiro e sanita e a inexistência de corrimão junto às escadas/degraus em 4 habitações, num total de 8 que as possuem. Tal fato é corroborado pelo estudo de Santos ⁽¹⁰⁾ ao revelar a inadequação das residências e as várias irregularidades, sendo uma das mais evidentes de entre as 18 habitações observadas, o piso inadequado para a deambulação dos idosos, seguido pela casa de banho inadequada em 13 residências (inexistência de piso e de tapete antiderrapante e de barras de apoio) e a ausência de corrimão verificou-se em 10 habitações, assim como a presença de escadas e/ou degraus.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade e com ele estão associadas as mais diversas patologias crônicas e comorbilidades. Algumas patologias aumentam o risco de queda, estando esta presente no cotidiano dos idosos, pois muitos referem que já caíram pelo menos uma vez no último ano. A queda, infelizmente, pode conduzir a internamentos e cirurgias, que acarretam num aumento dos gastos em saúde. Podemos melhorar a saúde das pessoas e obter ganhos através da prevenção e da promoção da saúde.

Conseguimos identificar os vários fatores de risco de queda no domicílio, tanto intrínsecos (inerentes à pessoa), como extrínsecos (relacionados com o ambiente físico).

Relativamente aos fatores intrínsecos, podemos afirmar que as patologias osteoarticulares, a hipertensão arterial, a diminuição da acuidade visual, assim como alterações do equilíbrio, entre outros, aumentam o risco de queda. Também não nos podemos esquecer que a medicação também tem influência, nomeadamente os anti hipertensores e os depressores do sistema nervoso central, aliado à qualidade da medicação que é ingerida, está também a quantidade, uma vez que a maioria dos idosos estão polimedicados.

Os fatores extrínsecos estão relacionados com ambientes/espços habitacionais inseguros e por vezes, perigosos. Podemos destacar a presença de piso escorregadio, tapetes soltos, presença de obstáculos e de escadas/degraus, ausência de corrimão, armários e interruptores para acender a luz fora do alcance, ausência de barras de apoio na casa de banho, presença de sofás com assentos moles e depressíveis, móveis que não se encontram fixos ao chão ou à parede, etc. A eliminação ou minimização destes fatores de risco aliados ao controlo dos fatores de risco intrínsecos, irão contribuir para a redução do risco de quedas no domicílio.

As quedas nos idosos e as consequências que daí podem advir, contribuem para a má qualidade de vida dos mesmos, assim a aposta na prevenção pode começar por atitudes, como a revisão da terapêutica prescrita, as alterações no domicílio e no seu ambiente físico que promovam a segurança da habitação, em que o enfermeiro desempenha um papel fundamental. A prevenção de quedas em casa é um pilar importante para um envelhecimento seguro e ativo.

As limitações do nosso estudo que podemos referir são o curto espaço de tempo em que foi realizado e a reduzida dimensão da amostra. Apesar destas limitações, o presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão desta problemática, pois com a identificação dos fatores de risco de queda, será mais fácil a intervenção do enfermeiro junto da população idosa, de forma que a prevenção de quedas no domicílio seja uma prioridade, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida e ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, Pedro; CARVALHO, Luís; CRUZ, Sandra; Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização. 1ª edição. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.
2. Direção Geral da Saúde; Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 1ª edição. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2006.
3. GAUTÉRIO, Daiane Porto; et al. Risk factors for new accidental falls in elderly patients at traumatology ambulatory center. *Investigacion & Educacion en Enfermeria, Espanha*, nº33, 35-43, 2015.
4. GEMITO, Maria Laurência Parreirinha; et al. Prevenção de quedas em idosos domiciliados: promoção do envelhecimento ativo. *Journal of Research Fundamental Care Online, Rio de Janeiro, suplemento*, nº6, 131-138, 2014.
5. Ministério da Saúde; Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Lisboa: Diário da República, 2.ª série — N.º28 — 10 de fevereiro de 2015. 3882(2)-3882(3).
6. NIZA, Cristina; et al. Risco de queda no domicílio em idosos inscritos em centros de dia. *Millenium, Viseu, edição especial* nº9, nº2, 207-216, 2021.
7. Ordem dos Enfermeiros; CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. Lisboa: Lusodidacta, 2016.
8. Organização Mundial da Saúde; Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - Resumo. Organização Mundial da Saúde, 2015.
9. PAIVA, Mariana Mapelli de; LIMA, Margareth Guimarães; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Quedas e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos: influência do tipo, frequência e local de ocorrência das quedas. *Ciência & Saúde Coletiva, Brasil, suplemento 3*, nº26, 5099-5108, 2021.
10. SANTOS, Jancielle Silva; et al. Prevenção de quedas em idosos na estratégia saúde da família: prevenir para não cair. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Brasil, volume 23*, nº1, 32-38, junho-agosto 2018.