

# 6 QUEDAS EM IDOSOS COM PERTURBAÇÕES MENTAIS RESIDENTES EM UNIDADE DE SAÚDE DE LONGA DURAÇÃO

| M. Gorete Reis<sup>1</sup>; Constância Carneiro<sup>2</sup>; Margarida Sotto Mayor<sup>3</sup>; Helena Pestana<sup>4</sup> |

## RESUMO

As quedas na população psicogeriatrica são um importante problema de saúde particularmente em situações de internamento ou institucionalização de longo prazo. São reconhecidas as repercussões na funcionalidade e na qualidade de vida e os elevados custos socio económicos. De etiologia multifatorial, pela sua gravidade e custos requer intervenção preventiva.

**OBJETIVOS:** Determinar a prevalência de quedas das pessoas idosas com perturbação mental residentes numa unidade saúde de longa duração (USLD) e os fatores associados.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional transversal a 80 idosos com perturbação mental, residentes numa ULSD do Centro de França. Estudou-se a prevalência de queda e fatores associados. Os dados foram colhidos da ficha de dados sociodemográficos; escala de funcionalidade Aggir e o evento de queda. O tratamento estatístico dos dados foi descritivo e correlacional com modelos de análise categórica. Foram respeitados os princípios éticos.

**RESULTADOS:** Os resultados sugerem uma prevalência de 25% de quedas numa população envelhecida. A perturbação mental e a dependência são fatores em realce.

**CONCLUSÃO:** 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.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Institucionalização; Pessoas mentalmente doentes; Acidentes por quedas

## RESUMEN

**“Caídas en los ancianos con problemas mentales, que residen en una unidad de salud de larga instancia”**

Las caídas en la población geriátrica son un importante problema de salud particularmente en situaciones de hospitalización o institucionalización de larga instancia. Las repercusiones son reconocidas en la funcionalidad y la calidad de vida y los costos económicos y sociales. De etiología multifactorial, por su gravedad y costos requieren la intervención preventiva.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de caídas de ancianos con trastornos mentales, residentes de la unidad de salud a largo plazo (USLD) y conocer los factores asociados.

**METODOLOGÍA:** Este es un estudio cuantitativo, correlacional a 80 ancianos con trastornos mentales, residentes en Francia en una ULSD. Se estudió la prevalencia de caídas y factores asociados. Los datos fueron los demográficos; la funcionalidad por la escala Aggir y el evento de una caída. El tratamiento estadístico de los datos fue descriptivo y correlativo con modelos de análisis categorial Cumplimiento de los principios éticos.

**RESULTADOS:** Los resultados sugieren que la prevalencia de caídas es 25% en una población envejecida. El trastorno mental y la dependencia son factores en relieve.

**CONCLUSIÓN:** Una compleja interacción entre múltiples factores personales, ambientales y sociales en la etiología de las caídas sugiere la importancia de la prevención asociados a programas de monitoreo del riesgo

**DESCRIPTORES:** Anciano; Institucionalización; Enfermos mentales; Accidentes por caídas

## ABSTRACT

**“Falls in the elderly with mental illness residing in long-term health unit”**

Falls in psychogeriatric population are an important health issue particularly in long-term institutionalization. Repercussions in functionality and in quality of life are recognized as also in socio economic costs. Having multifactorial character, severity levels and costs, falls require preventive intervention.

**AIMS:** To determine prevalence of falls of elderly with mental disorder, residents in long-term health unit (USLD), and identify associated factors.

**METHODS:** It's a cross-sectional, correlational descriptive study, to 80 elderly people with mental disorder, resident in a ULSD in middle of France. Studied the prevalence of falls and associated factors. Data collected: were demographic issues; Aggir scale (functionality) and a fall events. Data statistical treatment was descriptive and correlational with categorical analysis models. Ethical principles have been complied.

**RESULTS:** Prevalence of falls is 25%. Mental disorder and dependence are factors highlighted.

**CONCLUSION:** There is complex interaction between multiple personal, environmental and social factors in falls aetiology that suggests the importance of prevention and risk monitoring programs associated with falls.

**KEYWORDS:** Aged; Institutionalization; Mentally ill persons; Accidental falls

Submetido em 30-11-2013 – Aceite em 15-02-2014

1 PhD; Professora Coordenadora na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus; CIIS, Largo Senhor da Pobreza, Évora, greis@uevora.pt

2 Licenciada em Enfermagem; Enfermeira no Centre Hospitalier Regional d'Orleans, 45032, Orleans, França, constancia\_p@hotmail.com

3 PhD; UNIFAI; Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria no Hospital Magalhães Lemos – Serviço de Psicogeriatrica, Porto, Portugal, mgsottomayor@gmail.com

4 PhD; UNIFAI; Professora Auxiliar no Instituto Superior das Ciências do Trabalho e Emprego, 1649-026 Lisboa, Portugal, gageiropestanda@gmail.com

**Citação:** Reis, G., Carneiro, C., Sotto Mayor, M., & Pestana, H. (2014). Quedas em idosos com perturbações mentais residentes em unidades de saúde de longa duração. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1), 33-39.

## INTRODUÇÃO

A população europeia envelhece e embora não sendo uniformemente, o índice de envelhecimento na União Europeia (27 países), em 2011 o valor médio foi de 113, variando entre 154,9 (Alemanha) a 54,6 (Islândia) segundo os indicadores de 2011 (Pordata, 2013).

A maior longevidade predispõe à morbidade, coexistindo várias entidades numa pessoa: a pluripatologia. De entre as situações, destacam-se as doenças do foro mental, as cárdio cérebro vasculares, as oncológicas, as articulares doenças crónicas e incapacitantes que obrigam à polimedicação, estratégia não isenta de riscos. As repercussões da restrição da mobilidade e da dependência física e mental inauguram o ciclo da fragilidade, sendo que essas pessoas ficam mais sujeitas a episódios de queda não intencional (Gilbert et al., 2012).

A prevalência de queda varia entre os países, 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). Nos grupos que vivem em residências de longo termo, a prevalência vai de 30% a 50%. 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. Há autores que apontam a maior incidência nas mulheres (Morris, 2007) mas outros nos homens por causa da maior comorbidade (WHO, 2007). A causa é multifatorial, com fatores intrínsecos ou extrínsecos que atuam sinergicamente 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 a necessidade de consumir medicação psicotrópica elevam o risco de queda (Carter, Kannus & Khan, 2001; Chan et al., 2013; Lavsa et al., 2010; Quach, Yang, Berry & Newton, 2013) e levam à repetição das mesmas. As pessoas com alterações cognitivas (Pitkälä, Savikko, Poysti, Strandberg, Laakkonen, Marja-Liisa, 2013), de balanço corporal e do equilíbrio têm o risco acrescido (Chen, Van Nguyen, Shen & Chan, 2011) que ganha expressão no pior desempenho das AVDs.

A marcha lentificada também se associa às quedas. Num estudo sobre fatores de risco de queda em doentes psiquiátricos com grupo de controlo, Chan e outros (2013) verificaram diferenças estatisticamente significativas nos grupos, sendo pior nos: mais idosos; nos com comorbidade, nos desorientados, nos com alterações de consciência e com restrição da mobilidade. Acresce-se 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 et al., 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; WHO, 2007) e altos custos assistenciais (Gama, Conesa e Ferreira, 2008; Gates, Fisher, Cooke, Carter & Lamb, 2008) pelo que se repercute na qualidade de vida. Por isso, impõe-se a prevenção de quedas como melhor estratégia (Moyer, 2012) com abordagem multifatorial e multidisciplinar, com avaliação regular e sistemática que inclua o trabalho postural estático e dinâmico, o reforço muscular adaptado a cada pessoa, o ensino e orientação sobre técnicas de segurança e estilos de vida e a mobilização dos fatores ambientais e socioeconómicos (Gilbert et al., 2012)

No entanto, ser mais vulnerável e viver numa instituição 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; Beauchet, Dubost, Revel-delhom, Berrut & Belmin, 2010), suavizando a intervenção instrumental. O enquadramento apresentado justifica que se queira conhecer os fatores associados ao risco de queda assim como determinar a sua prevalência nas pessoas institucionalizadas com alterações mentais.

## METODOLOGIA

### População

São 80 pessoas idosas com perturbação mental (universo/amostra), residentes numa USLD de um hospital do Centro de França. É um estudo transversal, descritivo e correlacional.

### Instrumento de colheita de dados

Seguiu-se um guião composto por ficha com dados sociodemográficos; Escala Aggir para a dependência/independência; avaliação do estado mental (atenção, coerência; comportamento adequado, orientação espacial e temporal); presença de doença; número de medicamentos; ocorrência de queda e instituição de medidas de segurança.

A variável em estudo é a prevalência de queda das pessoas idosas com perturbação mental, verificada através do registo escrito do acontecimento.

A grelha “Aggir” (autonomie, gérontologique, groupes iso-ressources) (Robbins, 2008) avalia as capacidades da pessoa idosa na realização das atividades físicas, mentais, domésticas e sociais. A pontuação obtida classifica a dependência em 6 grupos a que corresponde um determinado nível de cuidados para satisfazer os atos essenciais da vida quotidiana. Os graus de dependência do Aggir vão de 1 a 6, ou seja, do pior nível para a independência (6).

### Procedimentos

Os dados foram colhidos seguindo o guião, por enfermeiros previamente preparados. O estudo decorreu no ano de 2012 e não foram alteradas as rotinas diárias de prestação de cuidados. Respeitaram-se os princípios éticos que norteiam a investigação com pessoas.

O tratamento estatístico é descritivo e correlacional com modelos de análise categórica (Pestana e Gageiro, 2009; Pestana e Gageiro, 2008).

### Resultados

É uma população envelhecida onde a maioria é: mulher 76,3%; viúva 62,5%. A média de idade é 83,05 anos e 50% tem entre 76 e 90,5 anos.

A prevalência das quedas é 25% e não varia nem com a idade nem com o sexo. Os quadros ilustram os resultados.

Apesar do risco de queda ser 7% maior nas mulheres, as diferenças não são estatisticamente significativas, para o sexo nem para estado civil.

Em relação à antiga atividade profissional, a maioria foi doméstica e os menos representados foram agricultores. As quedas variam significativamente com as profissões e com o sexo. Conforme teste Rácio da Verosimilhança (LR): quem menos cai são os homens que outrora pertenceram aos quadros técnicos e os que fizeram parte dos agricultores. Quem mais cai são as mulheres domésticas (Quadro nº 1).

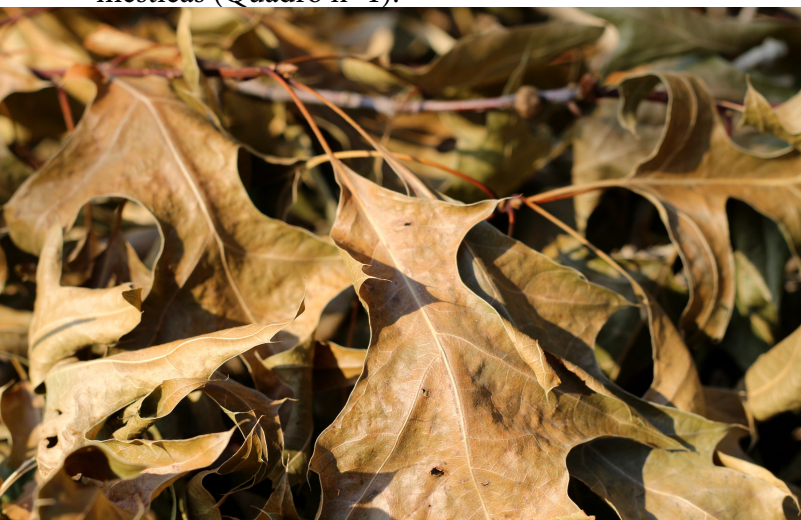
Quadro nº 1

Caraterísticas demográficas e relação com as quedas

Caraterísticas demográficas e clínicas	Utentes (n = 80)	Testes (p)
Quedas Sim % (n)	25.0 (20)	Binomial (p <0.001)
Não % (n)	75.0 (60)	
Sexo Homem % (n)	23.8 (19)	Binomial (p <0.001)
Mulher % (n)	76.3 (61)	
Quedas Homem % (n)	21.1 (4)	RR= 1.07 Fisher Exact (p=0.768)
Mulher % (n)	26.2 (16)	
Solteiro % (n)	1.3 (1)	Conditional Independence
Casado % (n)	28.8 (23)	
Divorciado % (n)	7.5 (6)	Mantel-Haenszel (p=0.572)
Viúvo % (n)	62.5 (50)	
Idade Média aparada 5% (SD)	83,05 (10,6)	t (p=0,8)
(P75-P25) (Min/Max)	(90,5-76) (47/102)	
Quadro técnico % (n)	13.8 (11)	LR (p=0,006)
Quedas: Sim % (n)	5 (1)	
Não % (n)	16.7 (10)	
Funcionário Serviços % (n)	21.3 (17)	LR (p=0,033)
Quedas: Sim % (n)	20 (4)	
Não % (n)	21.7 (13)	
Operários % (n)	26.3 (21)	LR (p=0,006)
Quedas: Sim % (n)	25 (5)	
Não % (n)	26.7 (16)	
Domésticas/Limpeza % (n)	33.8 (27)	LR (p=0,033)
Quedas: Sim % (n)	40 (8)	
Não % (n)	31.7 (19)	
Agricultores % (n)	5 (4)	LR (p=0,006)
Quedas: Sim % (n)	10 (2)	
Não % (n)	3.3 (2)	

Quanto ao número de medicamentos prescritos e os episódios de queda verifica-se com uma confiança de 95% que os residentes têm uma média de 7,5 a 9,2 medicamentos prescritos. Observa-se que os residentes que têm mais episódios de queda tomam em média menos 0,6 medicamentos do que os que não caem, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa. Esta conclusão é igual para ambos os sexos.

Sobre as doenças psicológicas, psiquiátricas e neurológicas de que padecem verifica-se que a maioria não tem doença psicológica nem psiquiátrica (82,5%) embora haja 17,5% que sugere a sua presença nos registos clínicos. Na influência da doença psiquiátrica nos episódios de queda, encontram-se diferenças, sendo que quem tem a doença tem um risco de cair 1,69 vezes superior. A distribuição das doenças neurológicas indica que 45% (Mantel Haenszel Common odds ratio, (p=0.052) é afetada por este tipo de doenças e que as mulheres com este diagnóstico têm o risco de cair 1,3 vezes mais (Quadro nº 2)



Quadro nº 2

Consumo de medicamentos, doenças e quedas

Medicamentos e Doenças	Utentes (n = 80)	Tests (p)
<b>Nº de medicamentos:</b>		
média (Int conf 95% média) (Min/Max)	8.4 (7.5-9.2) (1/19)	F do One-Way Anova (p= 0.525)
<b>Queda:</b>		
Sim: média (Int conf 95% média)	7.9 (6.6-9.2)	
Não: média (Int conf 95% média)	8.5 (7.5-9.5)	
<b>Doenças psicológicas:</b>		
Sim % (n)	17.5 (14)	Mantel Haenszel Common odds ratio, (p= 0.125)
Não % (n)	82.5 (66)	
<b>Doenças psiquiátricas:</b>		
Sim % (n)	17.5 (14)	Mantel Haenszel Common odds ratio, (p= 0.009)
Não % (n)	82.5 (66)	
<b>Doenças neurológicas:</b>		
Sim % (n)	45 (36)	Mantel Haenszel Common odds ratio, (p= 0.052)
Não % (n)	55 (44)	

Na análise do estado mental (atenção, coerência do discurso, adequação do comportamento, orientação espacial e temporal) constata-se que a maioria, 47,5%, tem atenção captável e que a atenção varia na razão inversa das quedas. Os que têm atenção não captável, 22,5%, caem 4,2 vezes mais do que aqueles cuja atenção se pode captar e 1,27 vezes mais do que aqueles que por alguns momentos conseguimos a sua atenção (30%). E aqueles cuja atenção se pode captar por alguns momentos caem 3,3 vezes mais do que aqueles cuja atenção está preservada na plenitude.

A maioria dos residentes, 52,5%, não tem um discurso coerente e existe forte associação com as quedas. Aqueles que têm sempre coerência do discurso, 32,5%, ou que têm pelo menos alguma coerência, 15%, são os que têm menor número de quedas, não se distinguindo entre si. Apenas os que não têm coerência do discurso, 52,5%, têm um risco de queda 7,4 vezes superiores aos restantes.

Já no que se refere à adequação de comportamento, a maioria dos residentes, 48,8%, não o tem e existe forte associação entre o comportamento desadequado e os episódios de queda. Apenas os que têm comportamento desadequado, 48,8%, têm um risco de queda 7,8 vezes superior aos restantes. Os que têm sempre comportamento adequado, 33,8%, ou pelo menos algumas vezes adequado, 17,5%, são os que têm menor número de quedas, não se distinguindo entre si.

Em relação à orientação espacial, a maioria, 52%, tem desorientação, sendo que se associa fortemente com as quedas.

Os que não estão orientados espacialmente, 52%, têm um risco de cair 4,8 vezes superior aos restantes e, aqueles que têm sempre, 43,8%, ou têm pelo menos algumas vezes orientação em relação ao espaço, 3,8%, são aqueles que têm menos número de quedas, não se distinguindo entre si. O mesmo se passa com a variável orientação temporal em que a maioria, 53,8%, não está orientada. A associação é forte entre a orientação temporal e as quedas. Os que não têm orientação temporal, 53,8%, têm um risco de queda 6,5 vezes superior aos outros. Quem tem sempre orientação temporal, 53,8%, ou tem alguma vez, 16,3% são os que caem menos, não se distinguindo entre si.

Assim, em relação ao estado mental observa-se que a orientação preservada, a coerência do discurso, o comportamento adequado a orientação espacial e temporal estão menos associados ao risco de cair do que os seus opostos (Quadro nº 3).

Quadro nº 3

Estado mental e associação às quedas

Estado mental	Utentes (n = 80)	Tests (p)
<b>Atenção:</b>		Chi_Square test Omnibus and Wald test
Não captável % (n)	22.5 (18)	EXP (Atenção1) = 4.2 (p=0.035) EXP (Atenção2) = 3.3 (p= 0.065) EXP (Atenção 1/2) = 1.27
Às vezes % (n)	30 (24)	
Preservada % (n)	47.5 (38)	
<b>Coerência:</b>		Chi_Square test Omnibus and Wald test
Não % (n)	52.5 (42)	EXP (Coerência1) = 7.4 (p=0.013)
Às vezes % (n)	15 (12)	
Sempre % (n)	32.5 (26)	
<b>Comportamento:</b>		Chi_Square test Omnibus and Wald test
Não % (n)	48.8 (39)	EXP (Coerência1) = 7.8 (p=0.011)
Às vezes % (n)	17.5 (14)	
Sempre % (n)	33.8 (27)	
<b>Orientação espacial:</b>		Chi_Square test Omnibus and Wald test
Não % (n)	52.5 (42)	EXP (Or espacial1) = 4.8 (p=0.012)
Às vezes % (n)	3.8 (3)	
Sempre % (n)	43.8 (35)	
<b>Orientação temporal:</b>		Chi_Square test Omnibus and Wald test
Não % (n)	53.8 (43)	EXP (Or temporal1) = 6.5 (p=0.02)
Às vezes % (n)	16.3 (13)	
Sempre % (n)	30 (24)	

As doenças existem, embora com baixa prevalência, realçando-se as cardiovasculares, metabólicas e músculo-esqueléticas, embora não tenham influência nas quedas.

O grau de dependência prediz o risco de queda, sendo que a escala Aggir sugere que todas as variáveis que a compõem são entendidas como medindo o mesmo conceito, conforme consistência interna de alfa de Cronbach =0,937. As oito variáveis podem ser resumidas com qualidade num único índice que explica 70,9% da informação dessas variáveis que a integram. Embora se observem dois comportamentos: quem menos cai (os mais autónomos) são os que têm valores mais elevados nas dimensões do vestir, deslocar-se ao exterior e eliminação urinária. Quem mais cai (os menos autónomos) são os que têm valores mais baixos nas dimensões de comer e de deslocar-se no interior. Estas diferenças não são significativas nem com as quedas nem com o sexo.

Em relação aos aspetos instrumentais, verifica-se que a maioria (80%) não se serve de um alimento ou da travessa na mesa e que quem não se serve tem um risco de cair 1,27 vezes superior ao dos que são capazes de fazê-lo, qualquer que seja o sexo.

Embora a USLD não avalie o risco para a primeira queda, a maioria dos residentes tem medidas acrescidas de proteção das quedas depois de ter tido o primeiro episódio. Verifica-se que quem tem medidas de segurança tem 1,24 mais quedas registadas do que os que não têm essas medidas, sejam homens ou mulheres.

## DISCUSSÃO

A população é muito idosa e a maioria dependente e com perturbação mental. Estas características, associadas ao tipo de residência, atestam a sua fragilidade e vulnerabilidade para cair. As doenças crónicas de evolução lenta estão presentes com maiores registos na doença neurológica, em aproximadamente metade da população e nas psiquiátricas e psicológicas em número inferior. As situações têm relação com as alterações mostradas na coerência do discurso, no comportamento e na orientação temporo espacial, sendo menos frequente a perturbação da atenção. As variações ao nível da atenção normalmente estão associadas a condições cerebrais patológicas que têm implicações na consciência de si, interferindo no modo de perceber a realidade e de poder agir sobre ela com consciência e cidadania. Tais condições são comuns nas doenças cerebrovasculares e têm grande implicação na aprendizagem e na velocidade de processamento da informação.

Verifica-se no presente estudo um elevado consumo de medicamentos tal como verificado por outros autores. Contudo, ao contrário do que seria de esperar, quem cai mais toma menos medicamentos embora a diferença não seja significativa. Pode acontecer que quem toma menos medicação se mobilize mais e esse seja o risco associado, o que vai de encontro ao 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-se que o tipo de medicação, psicotrópicos, cardiotónicos e analgésicos estão associados a quedas e neste estudo o consumo médio de medicação é elevado, ultrapassando as médias sugeridas noutros estudos (8,8).

A prevalência de queda é elevada (25%) e embora abaixo dos valores propostos pela OMS (WHO, 2007), pode estar-se face a uma situação de subnotificação, já apontada por diversos autores (Gilbert, et al, 2012).

As mulheres têm apresentado, noutros estudos, mais elevada prevalência de queda (Morris, 2007); neste, não se encontrou a diferença, embora os homens que foram quadros técnicos ou agricultores tenham risco menor de cair. Os fatores de risco comportamentais mostraram-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 (Nagamatsu, Munkacsy, Liu-Ambrose & Handy, 2013). A vida social fica alterada quando há compromisso das funções executivas predispondo ao isolamento social. Constata-se o papel fundamental destas funções no risco de queda e a fornecerem evidência de que lesões do hemisfério direito podem potenciar aquele risco (Nagamatsu et al., 2013). O declínio da capacidade mental, nas diferentes dimensões, tem subjacentes as patologias referidas e presentes em maioria nesta investigação.

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 recomendadas pesquisas sobre o desenvolvimento de procedimentos de triagem multifatoriais e intervenções adaptadas individualmente para evitar a queda (Enkelaar, Smulders, van Schrojenstein Lantman-de Valk, Weerdesteyn & Geurts, 2013). No mesmo sentido aponta Chen, o que se partilha, de que a monitorização do risco é uma estratégia proativa em vez de reativa, ainda mais adequada quando há estudos que associam o aumento do risco para a queda às dificuldades nas capacidades física e mental (Chen et al., 2011).

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 o contrário também se verifica, isto é, os que caem mais têm mais 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.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A avaliação dos fatores de risco é limitada pelo que seria útil abranger os fatores socioeconômicos 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.

## CONCLUSÃO

Os idosos com perturbação mental têm elevada prevalência de quedas e os fatores de risco são múltiplos, requerendo abordagens complexas e multidimensionais na prevenção.

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Estabelecer programas de monitorização do risco de queda e controlar os fatores, tem forte implicação para a prática, pode minorar os custos pessoais e em geral da sociedade com reflexo na qualidade de vida das pessoas mais velhas e institucionalizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beauchet, O., Dubost, V., Revel-delhom, C., Berrut, G., & Belmin, J. (2011). How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology. *Journal Nutritional Health Aging*, 15(1), 79-84.

Carter, N. D., Kannus, P., & Khan, K. M. (2001). Exercise in the prevention of falls in older people. A systematic literature review examining the rationale and the evidence. *Sports Medicine*, 31(6), 427-438.

Chan, C. H., Gau, S., Chan, H., Tsai, Y. J., Chiu, C.H., Wang, S., & Huang, M. L. (2013). Risk factors for falling in psychiatric inpatients: A prospective, matched case control study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(8) 1088-1094. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.04.002

Chen, X., Van Nguyen, H., Shen, Q., & Chan, D. K. (2011). Characteristics associated with recurrent falls among the elderly within aged-care wards in a tertiary hospital: the effect of cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 183-186.

Enkelaar, L., Smulders, E., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V., & Geurts, A. C. H. (2013). Prospective study on risk factors for falling in elderly persons with mild to moderate intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3754-3765. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.041

Gama, Z., Conesa, A., & Ferreira, M. (2008). Epidemiologia de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 44-56.

Gilbert; T., Szczerbin´ska, K., Ziere, G., Bonnefoy, M., van der Velde, N., & Cruz-Jentoft, A. (2012). Management of falls: France Netherland, Poland. *European Geriatric Medicine*, 3, 246-253. doi:10.1016/j.eurger.2012.05.001

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. doi: 10.1016/j.archger.2012.12.005

Lavsas, S., Fabian, T., Saul, M., Corman, S., & Coley, K. (2010). Influence of medications and diagnoses on fall risk in psychiatric inpatients. *American Journal of Health System Pharmacy*, 67, 1274-1280.

Mallidou, A. A., Cummings, G., Schalm, C. & Estabrooks, C. (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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.009

Morris, R. (2007). Predicting falls in older Women. *Menopause International*, 13(4), 170-177. doi: 10.1258/175404507783004131

Moyer, V. (2012). Prevention of Falls in Community-dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 157(3), 1-8.

Nagamatsu, L. S., Munkacsy, M., Liu-Ambrose, T., & Handy, T. C. (2013). Altered visual-spatial attention to task-irrelevant information is associated with falls risk in older adults. *Neuropsychologia*, 1-8. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2013.10.002

Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2008) *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

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

Pitkälä, K., Savikko, N., Poysti, M., Strandberg, T., & Laakkonen, M. (2013). Efficacy of physical exercise intervention on mobility and physical functioning in older people with dementia: A systematic review. *Experimental Gerontology*, 48, 85-93. doi: 10.1016/j.exger.2012.08.008

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. *Journal of Gerontology A Biological Sciences Medical Sciences*, 68(12), 1575-1581.

Robbins, D. (2008). *Criteria for Care: Assessing Eligibility for Long-Term Care Services in Europe*, Commission for social care inspection. London: Social Care Institute for Excellence.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 491-500. doi: 10.1111/jocn.12108

World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Genève: WHO.

