



XIV Curso de Licenciatura em Enfermagem

2017/2018

4º Ano – 2º Semestre

Ciclos Temáticos

**Fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes  
na comunidade**

Monografia final de Curso

Elaborado por:

Ivete Jandicol, nº 201192413

Rosa Rojas, nº 201592737

Orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena

Junho de 2018



Escola Superior de Saúde Atlântica  
XIV Curso de Licenciatura em Enfermagem  
2017/2018  
4º Ano – 2º Semestre  
Ciclos Temáticos

## **Monografia final de Curso**

Fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes  
na comunidade

Elaborado por:

Ivete Jandicol, nº 201192413

Rosa Rojas, nº 201592737

Orientador:

Professor Doutor Luís Sousa

Barcarena

Junho de 2018





Os autores são os únicos responsáveis pelas ideias expressas neste relatório



## **Agradecimentos**

Este trabalho de final de curso, contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado realidade e aos quais estaremos para sempre agradecidas.

Ao Professor Doutor Luís Sousa, pela sua orientação, apoio, disponibilidade, conhecimentos transmitidos, opiniões, críticas, empenho no esclarecimento de dúvidas e soluções de problemas surgidos ao longo da elaboração deste trabalho.

A Professora Doutora Cristina Vieira, pela sua colaboração e autorização do seu instrumento adaptado para a população portuguesa e questionário.

Aos Senhores Diretores Técnicos e Senhores Enfermeiros dos Centros Sociais Bispinhos, Morelena e Ferrinhos da freguesia de Pêro Pinheiro, concelho de Sintra, que disponibilizaram o seu tempo para colaborar nesta investigação.

Queremos expressar a nossa gratidão para cada pessoa idosa que participou na fase de validação clínica.

E, um agradecimento especial para os nossos familiares, pelo incentivo, apoio incondicional, amizade e paciência demonstrados e acima de tudo, a ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para esta concretização, dedicamos-lhe este trabalho!



## Resumo

Fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade

**Introdução:** As quedas são um problema de saúde pública à escala mundial, exigem uma intervenção pluridimensional justificada pela complexidade de fatores presentes neste fenómeno. Identificar, diagnosticar e intervir atempadamente de forma eficaz no risco de queda na pessoa idosa residente na comunidade, promove a qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido.

### Objetivos:

**Geral:** Realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade.

**Específicos:** Identificar os fatores de risco de queda mais frequentes na pessoa idosa residente na comunidade; determinar os fatores de risco principais e os secundários do diagnóstico de risco de queda em pessoa idosa residentes na comunidade.

**Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal e quantitativo. Decorreu de março a abril de 2018 em duas fases, sendo a primeira a aplicação do instrumento para recolha dos dados, e a segunda, referente a validação clínica dos diagnósticos, através do modelo de Richard Fehring.

**Resultados:** A amostra foi composta por 24 pessoas idosas, cuja média de idades foi de 80 anos, maioritariamente do sexo feminino, com o 1º ciclo de escolaridade, em situação de reforma, na sua maioria casados e com história de quedas. A prevalência de “risco de quedas” foi de 88% na opinião do enfermeiro e de 69% na opinião da pessoa idosa, respetivamente. Foi calculada a taxa de fiabilidade (TF) para cada fator de risco individualmente e classificados em principais, secundários ou irrelevantes.

**Conclusões:** Os principais fatores de risco de queda em pessoas residente na comunidade foram, fármacos, história de queda, polimedicação, cormobilidades /doenças crónicas, Medo de cair e tensão arterial elevada (hipertensão). Os fatores de risco secundários, osteoporose, anemia, artrite, sintomas depressivos/ depressão e tontura são os mais prevalentes. São nestes fatores que os enfermeiros devem intervir de forma acurada, para promover a qualidade de vida da pessoa idosa. Consideramos que estes fatores de risco devem contemplar os programas de prevenção de quedas.

**Palavras-chaves:** pessoas idosas, fatores de risco, queda, comunidade.

## Abstract

Fall risk factors in elderly people residing in the community

**Introduction:** Falls are a public health problem worldwide requiring a multidimensional intervention, justified by the complexity of factors present in this phenomenon. Identifying, diagnosing and intervening effectively in the risk of falls in the elderly people effectively contributes to quality of life and successful aging

### Objectives:

**General:** Validation of the clinic nursing diagnosis risk of falling in elderly people residing in the community.

**Specific:** Identify the most frequent risk factors for falls in the elderly people residing within the community; determine the major and secondary risk factors for the diagnosis risk of falls in elderly people residents of the community.

**Materials and methods:** This is a cross-sectional and quantitative study. It took place from March to April 2018 in two phases, the first being the application of the instrument for data collection, and the second, referring to the clinical validation of the diagnoses, using the Richard Fehring model.

**Results:** The sample consisted of 24 elderly people, whose average age was 80 years, mostly female, with the first cycle of schooling, in retirement, mostly married and with a history of falls. The prevalence of "risk of falls" was 88% in the opinion of the nurse and 69% in the opinion of the elderly person, respectively. The reliability rate (TF) was calculated for each risk factor individually and classified as major, secondary or irrelevant.

**Conclusions:** The main risk factors for falls in elderly people living in the community were: drugs, history of falls, polypharmacy, comorbidity / chronic diseases, fall fear and high blood pressure (hypertension). The secondary risk factors, osteoporosis, anemia, arthritis, depressive symptoms / depression and dizziness are the most prevalent. Are these factors that nurses must intervene in an accurate way, to promote the quality of life of the elderly person. We believe that these risk factors should contemplate falls prevention programs.

**Key words:** elderly people, risk factors, falls, community.

**Índice**

Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	viii
Índice .....	ix
Índice de figuras.....	xi
Índice de tabelas.....	xi
Lista de abreviaturas e siglas .....	xiii
Introdução .....	15
1. Enquadramento conceptual.....	19
1.1 Pessoa Idosa.....	19
1.2 Pessoa idosa no mundo.....	19
1.3 Principal acontecimento adverso na pessoa idosa .....	20
1.4 Queda.....	21
1.5 Problemática das quedas na pessoa idosa.....	21
1.6 Risco de queda em pessoas idosas na comunidade .....	22
1.7 Diagnósticos de enfermagem: Risco de queda .....	22
1.8 Avaliar o risco de queda em pessoas idosas residente na comunidade .....	24
2. Fase metodológica .....	27
2.1 Desenho de Investigação .....	27
2.2 Modelo de validação.....	27
2.4 População e amostra .....	28
2.5 Variáveis e critérios que permitiram medir a variável de estudo .....	29
2.6 Instrumento de avaliação .....	31

3. Fase empírica .....	33
3.1 Colheita de dados .....	33
3.2 Análise dos dados .....	33
3.3 Discussão.....	43
Conclusão.....	49
Bibliografia .....	51
Anexos .....	63
Anexo 1. Pedido de autorização para a utilização do instrumento .....	65
Anexo 2. Pedido de autorização à comissão de ética .....	67
Anexo 3. Modelo de consentimento informado.....	69
Anexo 4. Instrumento de colheita de dados na etapa de validação clínica.....	73
Anexo 5. Cronograma.....	87

## **Índice de figuras**

Fig. 1. Formula para calcular o índice ponderado do Modelo CDV .....	28
--	----

## **Índice de tabelas**

Tabela 1. Variáveis independentes. ....	29
Tabela 2. Distribuição dos participantes pela idade. ....	33
Tabela 3. Caracterização dos participantes .....	34
Tabela 4. Ocupação dos tempos livres dos participantes.....	35
Tabela 5. De quem são cuidadores, os participantes. ....	35
Tabela 6. Antecedentes pessoais dos participantes.....	36
Tabela 7. Número de pessoas idosas que tomam o medicamento, por grupo terapêutico. .....	37
Tabela 8. Quantidade de fármacos administrada a cada participante. ....	38
Tabela 9. Importância do andar para o participante.....	39
Tabela 10. História de queda dos participantes. ....	39
Tabela 11. Circunstâncias da queda dos participantes.....	40
Tabela 12. Diagnóstico de risco de queda presente. ....	40
Tabela 13. Classificação dos fatores de risco .....	41



**Lista de abreviaturas e siglas**

ABC- Activities-specific Balance Confidence

ADELIA- Acidentes Domésticos e de Lazer

ADO- Antidiabéticos orais

AVD's- Atividades de vida diárias

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE- Curso de Licenciatura em Enfermagem

CVD- Validação Clínica do Diagnóstico

DGS- Direção Geral de Saúde

F- Frequência

FES-I- Escala de Eficácia de Quedas

INE- Instituto Nacional de Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PE- Processo de enfermagem

NANDA-I-Taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association International

N- Amostra

NIC- Classificação de Intervenções Nursing Interventions Classification

NOC- Classificação de Resultados Nursing Outcomes Classification

SCE- Sistemas de Classificação da Enfermagem

TF- Taxa de fiabilidade

UC- Unidade Curricular

UNDESA- United Nations Department of Economic and Social Affairs

WHO- World Health Organization



## Introdução

O trabalho seguidamente apresentado integra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Ciclos Temáticos, inserido no plano de estudos do segundo semestre do quarto ano do XIV Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). Tendo sido elaborado de acordo com as orientações do Professor Doutor Luís Sousa, seguindo as linhas de investigação da nossa Escola Superior de Saúde Atlântica, no campo das “Alteração da mobilidade e dependência no autocuidado”, no qual o tema selecionado foi o “Risco de queda”.

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial do século XXI, no qual o aumento contínuo do número de pessoas idosas transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. Na base desse acontecimento estão incluídas, a diminuição da fecundidade e mortalidade, o aumento da esperança média de vida bem como a extensa emigração portuguesa das décadas de 1960 e 1970 (Bandeira *et al.*, 2014). Em conjunto com essa transição demográfica, ocorre também a epidemiológica, que se traduz num aumento da incidência de doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes (Organização Mundial da Saúde, 2015). Estas doenças elevam o risco de queda, pois resultam do declínio da funcionalidade, nomeadamente diminuição da massa muscular e óssea acompanhado de perda do equilíbrio postural (Prado *et al.*, 2010).

Tendo em consideração o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, as quedas requerem por vezes a prestação de cuidados e frequentemente estão acompanhadas de gastos, que têm vindo a aumentar significativamente em todo o mundo (Amann, 2012). Em 2006, o custo de internamento de uma pessoa idosa devido a incidente de queda com lesão era aproximadamente 2900€ (Amann, 2012). As quedas são eventos que determinam consequências físicas e psicológicas, tais como dor, perda da independência, receio de cair, falta de convicção e alteração do estado de consciência. Estas alterações são acompanhadas de repercussões negativas nas atividades básicas e instrumentais de vida diárias (Sousa, 2015).

O declínio da funcionalidade e o aumento da fragilidade tem como consequência um elevado o risco de cair na pessoa idosa, colocando esta síndrome geriátrica num grave problema de saúde pública, devido à elevada incidência, mortalidade, morbilidade e custos sociais e económicos resultantes das lesões provocadas (Tinetti, 1994). As pessoas

idosas sofrem maior número de quedas fatais, anualmente 37,3 milhões de quedas são graves o suficiente para requerer a atenção das políticas públicas de saúde.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 30% das pessoas idosas experienciaram a queda na comunidade, das quais 15% as sofre frequentemente na faixa etária de mais 70 anos. (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Pinho *et al.*, (2012) refere que a consciencialização deste dilema é indispensável para a caracterização do perfil epidemiológico das pessoas idosas, bem como os fatores a que estão expostos, uma vez que estes indicadores auxiliam as políticas públicas na implementação de medidas efetivas e o desenvolvimento de programas de ação de saúde ao nível da prevenção de quedas.

No recente Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 emanado pela DGS, a estratégia de intervenção adotada consiste na avaliação, monitorização dos fatores de risco para as quedas e no desenvolvimento de planos de gestão da mesma. Estas medidas contribuem para a promoção do envelhecimento ativo, isto é, melhoram a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, simultaneamente reduzem os fatores de risco de queda e os custos para a sociedade e sistema de saúde (Amann, 2015). No entanto, o relatório da ADELIA demonstra, que as quedas continuam a representar um grave problema de saúde pública e são consideradas o principal acontecimento adverso relatado nos serviços de urgência constituindo-se um dos focos essenciais à segurança do doente e enquadra-se nos parâmetros da qualidade dos cuidados de enfermagem (Amann, 2015).

Estudos mencionam que a queda é um acontecimento que pressupõe uma análise pluridisciplinar e um acompanhamento sistemático na prestação de cuidados a pessoa idosa em virtude dos fatores intrínsecos e extrínsecos (Pinho *et al.*, 2012). Os enfermeiros prestam cuidados e auxiliam as pessoas idosas em situações que se confinam a alterações do seu estado de saúde, como também as acompanham em situações precursoras de fragilidade e vulnerabilidade. Na qualidade de profissionais de saúde têm como missão a visão individualizada da pessoa, de forma a ser assertivo nas intervenções consoante as diferentes necessidades/respostas decorrentes do processo de vida (Caldeira, 2012).

Pela vigência do tema e importância do papel do enfermeiro nesta área, torna-se fundamental realizar estudos de investigações sobre esta temática e criar estratégias de forma a intervir eficazmente na população idosa promovendo a qualidade de vida e um envelhecimento bem-sucedido (Soeiro, 2010).

Partindo-se do exposto, e seguindo o modelo PICO acrónimo resultante das seguintes palavras: Population/Patient, Interest area, Context, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais são os fatores de risco de queda mais frequentes em pessoas idosas residente na comunidade?

Com intuito de desenvolver o nosso estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

**Objetivo geral:**

- Realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem *risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade*.

**Objetivos específicos:**

- Identificar os fatores de risco de queda mais frequentes em pessoas idosas residentes na comunidade na perspetiva dos enfermeiros e da pessoa idosa.
- Determinar os fatores de risco principais e os secundários do diagnóstico de *risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade*.

A metodologia utilizada é caracterizada por um desenho descritivo e transversal ou de prevalência. A amostra foi constituída por 24 pessoas idosas residentes em Centros Sociais da comunidade (Bispinhos, Morelena & Ferrinhos), tendo sido aplicado um questionário com a colaboração dois investigadores treinados.

O presente trabalho encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro capítulo, abarca o enquadramento conceptual, inicia com os aspetos essenciais para a compreensão desta problemática, nomeadamente os conceitos de pessoa idosa e queda, dados demográficos sobre esta população e definição do diagnóstico de enfermagem “Risco de queda”. O segundo capítulo incorpora a fase metodológica, onde são evidenciados o desenho de investigação, o modelo de validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de Queda, identificamos a população e amostra, bem como as variáveis e critérios que serão estudados. O terceiro capítulo, engloba a fase empírica, onde serão expostos os resultados dos dados obtidos acompanhado da análise e discussão dos mesmos. Por fim, será apresentada a conclusão onde salientamos os pontos mais relevantes do estudo e a relação com o objetivo do trabalho, seguida das referências utilizadas para sustentar este trabalho.

A redação do texto segue as orientações do Guia de elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da Escola Superior de Saúde Atlântica.

## 1. Enquadramento conceptual

### 1.1 Pessoa Idosa

Na perspetiva da Organização Mundial de Saúde o processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua própria dinâmica, muito além do controlo humano (Organização Mundial de Saúde, 2007). O envelhecer está sujeito às políticas governamentais de cada sociedade, nos países desenvolvidos, a idade cronológica desempenha um papel primordial, enquanto nos países em vias de desenvolvimento, este fato não acontece, dado que o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice. A idade entre os 60 ou 65 anos, equivale aproximadamente à idade da reforma na maioria dos países desenvolvidos, sendo denominado como o início da velhice. Por outro lado, nos países em vias de desenvolvimento a velhice é iniciada quando a pessoa deixa de trabalhar ativamente (Gorman, 1999). De forma a conquistar uma velhice saudável e reduzir a taxa de morbilidade é fundamental que o indivíduo seja promovido em relação a sua saúde e bem-estar (Alencar *et al.*, 2017). As alterações da funcionalidade são elementos importantes na saúde das pessoas idosas, se acompanham de mudanças, tais como a diminuição da acuidade visual e auditiva, alterações cognitivas ou demências, carências nutricionais, instabilidade postural entre outras (Prado *et al.*, 2010). Apesar dos fatos, a pessoa idosa poderá dispor de um envelhecimento ativo, o qual é definido pela OMS (2002) como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” independente do género e cultura. (Organização Mundial de Saúde, 2002).

### 1.2 Pessoa idosa no mundo

O número de pessoas idosas no mundo aumentou substancialmente nos últimos anos e o crescimento deverá acelerar nas próximas décadas. Na ótica da OMS em 2015, existiam no mundo 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e está previsto que este número cresça para 1,4 mil milhões em 2030 e para 2,1 mil milhões até 2050 (Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, 2015). Estas assumem cada vez mais importância no mundo, dado que o número como a sua proporção aumentam devido ao envelhecimento da população. A Organização das Nações Unidas refere que em 2015

existiam 177 milhões na União Europeia e prevê-se que para o ano 2030 o número de pessoas idosas na Europa atinja os 217 milhões (Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas, 2015).

O Instituto Nacional de Estatística (2011) menciona que o duplo envelhecimento, isto é o aumento da esperança média de vida e o declínio da natalidade mantém-se presente devido ao acréscimo da população idosa e decréscimo de jovens. De acordo com os Censos de 2011, com o aumento da esperança média de vida, o número de pessoas idosas registado em Portugal ascende os 1.693.493, dos quais o Concelho de Sintra conta com uma população de pessoas idosas de 37.311 e por sua vez, a freguesia de Pêro Pinheiro com 825 pessoas idosas (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

### **1.3 Principal acontecimento adverso na pessoa idosa**

Os acidentes não intencionais são fontes importantes de explicação para a morbimortalidade e resultado da perda da funcionalidade (Ministério da Saúde, 2012). Estes fatos refletem grandes impactos na saúde e na qualidade de vida, bem como no sistema social e económico, o que ocasiona implicações relevantes na vida pessoal e familiar.

Os dados epidemiológicos da OMS (2007) mencionam que a frequência de quedas em países como o Reino Unido representam uma percentagem de 22,4%, China 19,3% e Japão 20% por ano (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Segundo a OMS, as quedas nos idosos com mais de 65 anos de idade representam a nível mundial o segundo fator basilar de morte (Organização Mundial de Saúde, 2007). A queda representa 40 % das mortes traumáticas no mundo nesta faixa etária (Organização Mundial de Saúde, 2007). Na Europa, os acidentes que envolveram pessoas idosas representaram 40.000 mortes por ano (Amann, 2012).

Em Portugal, de acordo com o relatório da ADELIA (Acidentes Domésticos e de Lazer) os acidentes que têm como fenómeno a queda são os mais evidenciados em pessoas idosas com mais de 75 anos, na qual a sua proporção a cada ano tem vindo a aumentar nos acidentes registados (Contreias, Rodrigues, & Nunes, 2011).

## 1.4 Queda

Na versão 2016 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o conceito de queda surge como foco “Cair: descida de um corpo de um nível superior para um nível mais inferior, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical” (Garcia, Coenen, & Bartz, 2016, p.43).

Segundo a OMS, “a queda pode ser definida como uma mudança inesperada e não intencional de posição, na qual inesperadamente a pessoa passa de um nível superior, para o chão ou nível inferior” (Organização Mundial de Saúde, 2007,p.1).

As quedas constituem um problema relevante e crescente à escala mundial. Estima-se que 646.000 pessoas morreram vítimas de lesões provocadas por quedas, das quais mais de 80% ocorreram em países com baixos recursos económicos (Organização Mundial de Saúde, 2018). Em pessoas idosas com mais de 65 anos o índice de queda se encontra entre os 28 a 35% e com mais de 70 anos os números aumentam para 32 a 42% (Organização Mundial de Saúde, 2007). As quedas que envolvem trauma são sensivelmente, 5% e as que terminam em ferimento e têm de ser prestados cuidados de saúde situam-se entre 5% e 10% (Campos & Lima, 2011). Sendo habitualmente a causa principal de todas as admissões hospitalares, as lesões na sua maioria estão relacionadas com fraturas do colo do fémur, traumatismo crânio-encefálico e ferimentos dos membros superiores (Organização Mundial de Saúde, 2007). O mesmo autor e Ambrose & Hausdorff, (2013) referem que a prevenção de lesões associadas a estes eventos é prioritária, particularmente na pessoa idosa quer pela morbilidade quer pela mortalidade que este evento acarreta, mas também por ser uma das principais causas de internamento hospitalar, intervenção cirúrgica e reabilitação prolongada.

## 1.5 Problemática das quedas na pessoa idosa

Habitualmente as quedas ocorrem no domicílio aquando da realização de atividade uma básica ou instrumentais de vida diária, como por exemplo, na execução da lida doméstica, durante a ida à casa de banho e ao descer ou subir escadas. Após sofrer o primeiro episódio, o medo de cair aumenta, a pessoa idosa acaba por impor limitações a si própria, bem como a outras pessoas durante a execução de tais atividades do quotidiano. (Pinho *et al.*, 2012). O medo de voltar a cair, opera também como fator protetor, pois a pessoa

idosas se abstém de situações das quais não tem habilidade para garantir a sua segurança e, assim torna-se consciente das suas restrições quanto à exposição aos riscos, adota métodos de forma a manter a estabilidade corporal e promover a sua segurança (Organização Mundial de Saúde, 2007).

A queda pode tornar-se comum na pessoa idosa e causar decorrências tanto para a mesma, assim como para o cuidador e para a sociedade (Almeida, Abreu & Mendes, 2010). Geralmente este evento é omitido pelas pessoas idosas, o que se reflete em consequências, que se podem manifestar a nível físico, psicológico e social. As sequelas primárias das quedas a nível físico incluem lesões relacionadas com fraturas, traumatismo, contusões, feridas e hipoatividade; a nível psicológico envolve ansiedade pós-queda, medo de voltar a cair, depressão e perda de autoestima; e a nível social compreende a perda da funcionalidade/independência, aumento dos recursos humanos e materiais devido aos internamentos/institucionalização e morte precoce (Chang *et al.*, 2004).

### **1.6 Risco de queda em pessoas idosas na comunidade**

As quedas têm um grande impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. A maioria resulta de uma interação complexa entre vários fatores de risco, os quais podem ser classificados de acordo com a sua natureza, ou seja, intrínsecos ou extrínsecos. Os fatores intrínsecos são inerentes ao própria pessoa idosa, isto é acompanham o processo natural de envelhecimento e condições de saúde agudas ou crónicas. Quanto aos extrínsecos, se relacionam com o ambiente onde a pessoa idosa habita, tais como barreiras arquitetónicas, objetos espalhados, falta de iluminação entre outros (Recanello *et al.*, 2015). Em conformidade com a OMS (2007) quanto maior o número de fatores de risco sujeitos a pessoa idosa, maior é a chance de cair e sofrer uma lesão. Estes fatores influenciam as capacidades das pessoas idosas na realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, percebidas como condição essencial para uma pessoa viver com independência e autonomia.

### **1.7 Diagnósticos de enfermagem: Risco de queda**

De forma a recomendar e implementar intervenções de enfermagem precisas ao diagnóstico é indispensável o desempenho do processo de enfermagem e concomitantemente o exercício da Taxonomia da North American Nursing Diagnosis

Association International (NANDA-I) que surgem como alicerce para a prática clínica, pelos enfermeiros em Portugal e em outros países (Herrera, 2009).

Os diagnósticos de enfermagem servem de apoio ao enfermeiro para identificar os fatores de risco, ajudar na tomada de decisão e na prestação de cuidados individualizados.

O diagnóstico de enfermagem “Risco de quedas” (00155) é definido como, “vulnerabilidade para maior suscetibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde” (Herdman, & Kamitsuru, 2018, pp. 390) Os fatores de risco encontram-se agrupados em ambientais, fisiológicos, cognitivos, farmacológicos e etapas do desenvolvimento humano, como por exemplo: crianças e adultos (Herdman, & Kamitsuru, 2018, pp. 390-391). Desta forma, as pessoas idosas estão mais propensas à queda consoante os fatores de risco que apresentam.

De acordo com NANDA-I os fatores ambientais são caracterizados pelo “ambiente desorganizado, exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex. piso molhado, gelo), iluminação insuficiente, material antiderrapante insuficiente no WC, ambiente não familiar, uso de contenções e uso de tapetes soltos”. Os fatores farmacológicos englobam o “consumo de medicamentos e de álcool”. No que se refere aos fatores fisiológicos dividem-se em “doenças agudas, anemia, artrite, condições pós-operatórias, défice proprioceptivo, diarreia, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas, dificuldades visuais, doença vascular, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força diminuída nas extremidades inferiores, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, alterações da glicémia, desmaio ao estender o pescoço, desmaio ao virar o pescoço, condições que afetam os pés, urgência urinária, neuropatia e neoplasia”. No que diz respeito aos fatores cognitivos estes referem-se ao “estado mental”. E, os fatores em adultos estão relacionados com a “história de queda, idade superior a 65 anos, viver sozinho, prótese do membro inferior, uso de dispositivos de marcha” (Herdman, & Kamitsuru, 2018, pp. 390-391).

Quando levantado o diagnóstico de enfermagem risco de queda, os fatores de risco identificados devem ser associados às intervenções de enfermagem para conseguir o resultado desejado que é não cair, diminuindo assim possíveis lesões. O reconhecimento claro do fator de risco possibilitará um planeamento centrado no problema propiciando uma intervenção de enfermagem acurada (Herrera, 2012, p. 34).

## 1.8 Avaliar o risco de queda em pessoas idosas residente na comunidade

Determinar o risco de queda em pessoas idosas mediante as ferramentas disponíveis nos serviços é responsabilidade do enfermeiro, pois têm sido desenvolvidas com o objetivo de avaliar funcionalmente o equilíbrio, e visam estabelecer parâmetros para definir as pessoas idosas com maior vulnerabilidade para a queda (Figueiredo, Lima & Guerra, 2007). Os instrumentos de avaliação confiáveis e validados são indispensáveis tanto para estudos como para a prática clínica, com intuito de minimizar as incertezas relacionadas com as decisões de diagnóstico e prognóstico (Figueiredo, Lima & Guerra, 2007), “a confiabilidade, reprodutibilidade ou fidedignidade de um instrumento é a consistência de resultados obtidos pelos mesmos sujeitos em diferentes ocasiões ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes” (Bunchaft, 2002, p.163). O uso de um instrumento adaptado e validado culturalmente permite garantir a fiabilidade dos resultados (Leung, Trevena & Waters, 2012; Marques-Vieira *et al.*, 2015; Sousa *et al.*, 2015)

Quanto aos instrumentos de avaliação do risco de queda multifatorial, na pessoa idosa residentes na comunidade, destaca-se a escala *Activities-specific Balance Confidence* (ABC), pelo facto de ter sido validada e adaptada à população idosa portuguesa (Soares-Branco, 2010). Relativamente aos instrumentos de avaliação do medo de cair na pessoa idosa residente na comunidade destacamos a *Escala de Eficácia de Quedas* (FES-I), formada por dezasseis itens que avaliam o medo de cair durante as atividades básicas e instrumentais de vida diárias, numa escala de quatro pontos, o somatório da pontuação varia entre os 16 (não se preocupa) e os 64 pontos (muito preocupado) (Yardley *et al.*, 2005; Halvarsson, Franzén & Stahle, 2013).

A etapa inicial de qualquer medida de prevenção do risco de queda é a avaliação da situação da pessoa idosa residente na comunidade, pois exige uma intervenção pluridimensional, justificada pela variedade de fatores presentes neste fenómeno. Dada a sua complexidade, torna-se fulcral o estabelecimento de diagnósticos e aplicação de intervenções efetivas de forma a evitar ou diminuir os danos, pois os fatores de risco diferem para cada pessoa. Para tal, é necessário o recurso ao Processo de enfermagem (PE) de forma a orientar a prática clínica. Com a aplicação do PE, o enfermeiro tem a possibilidade de se alicerçar aos Sistemas de Classificação da Enfermagem (SCE), o qual nomeia, organiza e classifica as ações de enfermagem recorrendo a uma linguagem

padronizada que melhoram a qualidade da prestação de cuidados, a evidência das ações de enfermagem e coadjuvam para a segurança da pessoa idosa (Carvalho, Cruz & Hedman, 2013). Com o uso destes instrumentos o enfermeiro poderá realizar uma avaliação pormenorizada para cada caso, os resultados de enfermagem estabelecerão medidas definidoras padronizadas que permitirão avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem, tornando notório o impacto das suas ações (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2015).

Portanto, é importante definir o risco de queda, pois a identificação dos fatores de risco envolvidos neste episódio, faculta a implementação de medidas preventivas, isto é, permite classificar quanto ao risco de cair (baixo, médio ou elevado), corrigir os fatores reais e potenciais que podem ser modificados, o que diminui a prevalência de quedas e posteriormente os seus problemas.

Estudos recentes comprovam que adotando um leque simples de intervenções, as organizações de saúde podem diminuir significativamente o número e o custo associado a os acidentes provocados por quedas. O pilar principal assenta-se na prevenção, educação para saúde, estimular a mudança e comportamentos para evitar o evento (Luzia *et al.*, 2018).

A participação do enfermeiro na prestação de cuidados é fulcral na prevenção deste evento, quer em pessoas idosas institucionalizadas ou a nível de comunitário, uma vez que evitam/diminuem as suas consequências através de intervenções efetivas que garantem, não só a satisfação da pessoa idosa como melhoram a sua qualidade de vida (Freitas *et al.*, 2011). Os cuidados de enfermagem têm como finalidade, o olhar global sobre a pessoa e a implementação de estratégias de forma a responder efetivamente as necessidades da mesma (Silva, 2002).

Assim, compete ao enfermeiro participar na determinação de indicadores e avaliação da qualidade dos cuidados; na prestação de cuidados das diferentes áreas, as quais exigem conhecimento e competências específicas; contribuir para o levantamento de diagnósticos e aplicação de intervenções precisas com base nas prioridades; por em prática os protocolos e normas, as medidas de segurança e gestão de risco para o próprio, bem como para a pessoa idosa; assim como, apostar em formações e ações de promoção de saúde, contribuir para projetos de investigação para desenvolver a prática clínica baseada na evidência (Ourique, 2011). E, essencialmente manter um ambiente cordial entre a equipa

multidisciplinar de forma a promover o bem-estar da pessoa idosa, assim como o respeito dos seus direitos e a sua dignidade.

Os enfermeiros ao apostarem em programas de formação sobre as quedas, estão a adquirir competências e conhecimentos que atenuam as suas necessidades. Por sua vez, se habilitam a capacitar as pessoas idosas e família quanto as medidas de prevenção, avaliam o processo e as intervenções adotadas para a redução dos riscos (Silva, 2016). A implementação de protocolos sustenta a prática de enfermagem, contribuindo assim para a excelência dos cuidados através de recomendações e medidas preventivas. Este fato possibilita a diminuição da probabilidade da ocorrência e gravidade das quedas cooperando para a racionalização de recursos e aumentando os ganhos em saúde (Silva, 2016). Estudos realizados por Correa *et al.*, (2012) e Sivan *et al.*, (2010) prenunciam que após a efetivação de um protocolo, comprovou-se a diminuição da incidência de quedas e em contexto hospitalar, assim como em meio comunitário. Desta forma, a gestão do risco de queda assegura a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa idosa, bem como a redução dos custos financeiros e custos para o serviço de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2007).

Conforme Cruz *et al.*, (2014) as intervenções mais precisas na prevenção das quedas são decorrentes de escalas, pois através delas os enfermeiros estabelecem uma avaliação precoce, de modo a implementar intervenções de enfermagem individualizadas. O mesmo autor refere que as escalas são ferramentas que possibilitam a determinação dos diferentes fatores de risco para a saúde da pessoa idosa, prevenindo as quedas ou até mesmo atenuando os eventuais riscos (Cruz *et al.*, 2014). Em concordância com Marques-Vieira *et al.*, (2018) diagnósticos de enfermagem acurados e prescritas intervenções de enfermagem adequadas à situação da pessoa idosa possibilitará resultados positivos. Tais medidas controlam o medo de cair e concomitantemente reduzem as limitações das atividades, o que incentiva a diminuição da dependência, assim como o declínio físico e cognitivo viabilizando a qualidade de vida das pessoas idosas que experienciaram a queda.

## **2. Fase metodológica**

### **2.1 Desenho de Investigação**

Pela natureza do estudo e estratégia de investigação a metodologia empregue trata-se de um desenho não experimental descritivo e transversal. As pesquisas descritivas visam descrever as distribuições das variáveis existentes, sem se importar com a casualidade ou outras hipóteses. Entende-se ainda por um estudo do tipo transversal ou prevalência, já que “examina a relação entre as doenças e outras variáveis de interesse, como elas existem numa determinada população e num determinado momento” (Lima, 2011).

### **2.2 Modelo de validação**

A nossa estratégia de investigação visa replicar um estudo realizado pela Professora Cristina Maria Alves Marques Vieira na Região Autónoma da Madeira. O estudo será baseado na validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Risco de Queda”, em pessoas idosas residentes em Centros Sociais da comunidade.

O modelo de validação clínica do diagnóstico (CDV) tem como objetivo demonstrar a evidência do diagnóstico presente no âmbito clínico do estudo. Este modelo tem duas variantes o modelo CVD modificado, que conduz a obtenção da informação clínica direta do utente e o modelo CDV original, no qual os dois enfermeiros peritos observam a presença das características definidoras de um diagnóstico numa população alvo, os dois enfermeiros observam, individualmente em cada pessoa, a presença ou ausência de cada uma das características definidoras do diagnóstico de enfermagem, indiferentemente de estar presente ou não, calcula-se a taxa de fiabilidade (TF) ou de confiança, entre os observadores para cada característica definidora.

O modelo classifica as características definidoras em principais ( $\geq 0,80$ ), secundárias ( $> 0,5$  e  $< 0,8$ ) e irrelevantes ( $\leq 0,5$ ), sendo que as classificadas como irrelevantes devem ser descartadas, com o intuito de descontinuar a sua utilização na fase seguinte de validação clínica, caso ocorram (Fehring, 1987, 1994; Galdeano & Rossi, 2006; Lopes *et al.*, 2013b, pp55-62). “No entanto, outros estudos demonstraram que a inclusão de todas as características, mesmo as que não eram valorizadas pelos peritos, quando posteriormente validadas em contexto clínico eram significativas” (Melo, 2004; Chaves, 2008).

Para calcular o índice ponderado de fiabilidade emprega-se a seguinte formula indicada por Richard Fehring.

**Fig. 1. Formula para calcular o índice ponderado do Modelo CDV**

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{\frac{F_1}{N} + \frac{F_2}{N}}{2}$$

(Fernández, Formatger, Pérez & Sánchez, 2016, p. 150)

**Legenda:**

-**R**: para cada um dos elementos;

-**A**: número de acordos;

-**D**: número de desacordo;

- **F<sub>1</sub>** e **F<sub>2</sub>**: frequências observadas pelo primeiro e segundo observador respetivamente;

-**N**: corresponde a amostra.

## 2.4 População e amostra

O público-alvo deste estudo contempla a população residente na comunidade e que frequenta os Centros Sociais Bispinhos, Morelena e Ferrinhos situados na freguesia de Pêro Pinheiro, concelho de Sintra, com idade igual ou superior a 65 anos. A amostra acessível foi formada por 24 pessoas idosas, tendo sido selecionada esta faixa etária, uma vez que as pessoas idosas são consideradas um grupo vulnerável aos fatores de risco de quedas.

Quanto aos critérios de seleção da amostra, foram divididos em inclusão e exclusão.

- Critérios de inclusão: pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos; pessoas idosas de ambos os sexos e que frequentem os Centros Sociais Bispinhos, Morelena e Ferrinhos.
- Critérios de exclusão serão: ter idade inferior a 65 anos e incapacidade na compreensão de instruções.

No fim do estudo a amostra foi composta por 24 pessoas idosas residentes na comunidade que frequentam os Centros Sociais Bispinhos, Morelena e Ferrinhos, no período de tempo em que decorreu o mesmo. As pessoas idosas que aceitaram participar no nosso estudo, foram elucidados sobre a sua natureza e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

“A participação no projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos; o consentimento deve ser obtido por escrito após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências para o participante” (Nunes, 2013, p. 10). É de referir que o utente em qualquer circunstância da investigação poderá revogar o seu consentimento, sem que esse fato implique consequências para o mesmo, sendo da nossa responsabilidade garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos.

## 2.5 Variáveis e critérios que permitiram medir a variável de estudo

As variáveis num estudo de estatística são o que pretendemos observar de forma a alcançar uma conclusão, ou seja, “são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2003, p. 171).

Nesse sentido elaboramos uma tabela com as variáveis independentes que nos permitiram consolidar o nosso estudo de investigação. As variáveis foram compiladas de revisões sistemáticas da literatura e da taxonomia NANDA-I 2018.

**Tabela 1. Variáveis independentes.**

Fatores de risco, variáveis independentes e critérios	Contemplado	
	RSL	NANDA-
<b>Adultos</b>		
Idade $\geq$ a 65 anos	*	*
História de quedas	*	*
Viver sozinho	*	*
Prótese no membro inferior	*	*
Uso de auxiliar de marcha (ex. andarilho, canadiana,	*	*
Género feminino	*	
Uso de chinelos	*	
<b>Ambientais</b>		
Ambiente desorganizado	*	*
Ambiente não familiar	*	*
Área externa: sem barras de apoio e corrimão/obstáculo	*	

Exposição a condições de insegurança relacionadas com	*	*
Iluminação insuficiente	*	*
Material antiderrapante insuficiente no WC	*	*
Sanitas sem barras de apoio	*	
Uso de contenções	*	*
Uso de tapetes soltos	*	*
<b>Agentes farmacológicos</b>		
Consumo de álcool	*	*
Fármacos	*	*
Polimedicação	*	
Antihipertensores	*	
Benzodiazepinas	*	
<b>Cognitivos</b>		
Alteração na função cognitiva	*	*
Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis	*	*
Diminuição das funções executivas	*	
<b>Fisiológicos</b>		
Alteração da glicémia	*	*
Anemia	*	*
Artrite	*	*
Baixo nível de albumina sérica	*	
Comorbilidade /Doença crónica	*	
Compromisso da audição	*	*
Compromisso do equilíbrio	*	*
Compromisso da mobilidade	*	*
Compromisso visual	*	*
Condições que afetam os pés	*	*
Declínio das atividades básicas de vida diária	*	
Declínio das atividades instrumentais de vida diária	*	
Défice proprioceptivo	*	*
Desmaio ao estender o pescoço	*	*
Desmaio ao virar o pescoço	*	*
Diminuição na força das extremidades inferiores	*	*
Diarreia	*	*
Dificuldade na marcha	*	*
Doença aguda	*	*
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	*	
Doença vascular	*	*
Dor crónica	*	
Função sensório-motor reduzida	*	
Hipertensão arterial	*	
Hipotensão ortostática	*	*
Incontinência	*	*
Insónia	*	*
Insuficiência de Vitamina D	*	
Neoplasia	*	*

Neuropatia	*	*
Obesidade	*	
Osteoporose	*	
Perímetro abdominal elevado	*	
Período de recuperação pós-cirúrgico	*	*
Pior saúde física	*	
Relato de pior saúde física	*	
Síndrome metabólico	*	
Tonturas	*	
Urgência urinária	*	*
<b>Psicológicos</b>		
Medo de cair	*	
Sintomas depressivos/depressão	*	
Ansiedade	*	
<b>Socioeconómicos</b>		
Escolaridade baixa	*	
Baixo rendimento familiar	*	
Negro/ Grupo de minoria étnica	*	

Fonte: (Herdman, & Kamitsuru, 2018, pp. 390-391)

Fonte: (de Sousa *et al.*, 2016)

E, a variável dependente do estudo é nomeadamente, o “Risco de queda”.

## 2.6 Instrumento de avaliação

Para a colheita de dados utilizamos um instrumento para avaliar o risco de queda das pessoas idosas residentes nos Centros de Sociais da comunidade referidos anteriormente. O instrumento de dados foi testado e validado num estudo anterior realizado na Região Autónoma da Madeira, o mesmo foi aplicado numa população com características semelhantes à de nosso estudo, pelo que não foi necessário a realização do pré-teste. Foi solicitado com antecedência à autora (Cristina Marques Vieira), o consentimento livre e esclarecido do instrumento de recolha de dados (anexo 1).

Solicitamos a autorização à Comissão de Ética da Faculdade Atlântica, com vista a iniciar o presente estudo e também autorização às Instituições (Centros Sociais Bispinhos, Morelena e Ferrinhos). Estes documentos constam no final do trabalho em anexo 2 e 3 respetivamente.

Os dados colhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos participantes e a preservar a confidencialidade das fontes durante todo o percurso de investigação. Como

também, “analisados com rigor, de forma agregada e com suporte real e confiável na colheita” (Nunes, 2013, p. 11).

Sendo um tipo de estudo de natureza quantitativo, a informação contida no instrumento de colheita de dados foi sistematizada numa folha de cálculo do programa Excel®, sendo posteriormente realizado a respetiva análise de dados e os resultados apresentados através de tabelas.

### 3. Fase empírica

#### 3.1 Colheita de dados

Neste ponto serão analisados os resultados do presente estudo e apresentados segundo a ordem do próprio instrumento de colheita de dados, o qual se encontra anexado no final deste trabalho. A recolha de dados decorreu com o preenchimento dos questionários durante os meses de março a abril de 2018 e a duração para o correto preenchimento dos mesmos foi em media de 35 minutos por questionário.

As características sociodemográficas são únicas, pelo que os dados da caracterização da amostra foram colhidos pelo enfermeiro nº1, embora a pessoa idosa tenha sido questionada/observada por dois enfermeiros em simultâneo. Quando existirem valores omissos faremos referência e à sua frequência.

#### 3.2 Análise dos dados

Seguem-se as características sociodemográficas da amostra, com início numa variável quantitativa, nomeadamente as idades dos participantes da investigação (tabela 2).

**Tabela 2. Distribuição dos participantes pela idade.**

<b>Idade dos participantes</b>	<b>Estatística (anos)</b>
<b>Media</b>	80,21
<b>Mediana</b>	82
<b>Desvio Padrão</b>	6,10
<b>Máxima</b>	89
<b>Mínima</b>	66

Consoante a tabela 1, os indivíduos têm idades compreendidas entre os 66 e os 89 anos, tendo a mediana e a média valores semelhantes 80 e 82 anos, respetivamente. O desvio-padrão situa-se nos 6,10 anos.

Relativamente às questões 2 (género), 3 (formação), 4 (profissão), 5 (estado civil), 6 (“Com quem vive?”) e 7 (“Onde passa o dia?”) os resultados obtidos foram os resumidos na tabela seguinte (tabela 3). Nestas questões, definiu-se que os enfermeiros assinalassem apenas uma das opções.

**Tabela 3. Caracterização dos participantes**

<b>Variáveis de caracterização</b>		<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Género</b>	Feminino	15	62,50
	Masculino	9	37,50
<b>Formação</b>	Sem ensino/1º ciclo	10	41,67
	1º Ciclo	11	45,83
	2º Ciclo (6º ano)	3	8,33
	3º Ciclo (9º ano)	0	0,0
	12º ano (ou equivalente)	0	0,0
<b>Profissão</b>	Doméstico (a)	2	8,33
	Reformado (a)	22	91,67
<b>Estado Civil</b>	Solteiro (a)	2	8,33
	Casado (a)	15	62,50
	Viúvo (a)	7	29,17
<b>Com quem vive</b>	Sozinho (a)	4	16,67
	Com cônjuge	13	54,17
	Com Filha (o)(s)	3	12,50
	Institucionalizado	4	16,67
<b>Onde passa o dia</b>	Centro de dia	3	12,50
	Centro de Convívio	1	4,17
	Casa	15	62,50
	Outro, Qual?	5	20,83
<b>Acrescentar informação demográfica</b>	Lar	11	45,83
	Centro de dia	1	4,17
	Casa	11	45,83
	Horta	1	4,17

Quanto à caracterização, responderam ao questionário 15 pessoas idosas do género feminino e 9 do género masculino. No que respeita à formação, é menos frequente os que não têm escolaridade e os que frequentaram o 1º ciclo, num total de 14 indivíduos. Considerando à idade dos participantes e o âmbito deste estudo era expectável que o resultado mais prevalente seria o reformado(a). Relativamente ao estado civil dos participantes, estar casado (a) foi o mais respondido, o que corresponde a 15 indivíduos, seguido de ser viúvo (a) com 7 indivíduos, ser solteiro (a) foi respondido por 2 indivíduos e nenhuma resposta para divorciado (a). A maioria dos participantes vive com o cônjuge (n=13), não sendo significativo o número de participantes que moram sozinhos (n=4), estão institucionalizados (n=4), ou que moram com os filhos (n=3). Em geral os participantes passam o dia no seu domicílio.

Contudo, é chamada a atenção para o fato das questões abertas terem sido tratadas após categorização e, como tal, o total será diferente do número de 24 inquiridos, pois era dada a possibilidade de selecionarem mais de uma opção. Assim, relativo à questão 8 (“Ocupação dos tempos livres?”) obteve-se os seguintes resultados para os participantes (tabela 4).

**Tabela 4. Ocupação dos tempos livres dos participantes.**

<b>Legenda</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Terapia ocupacional	2	8,33
Ler	4	16,67
Jogar ás cartas	3	12,50
Ver futebol	2	8,33
Visitar amigos	1	4,17
Arrumar da casa	1	4,17
Vai á taberna	1	4,17
Na horta	3	12,50
Ouvir música	1	4,17
Cuidar da irmã dependente	1	4,17
Ficar em casa	1	4,17
Palavras cruzadas	1	4,17
Jogar bowling	1	4,17
Cozinhar	1	4,17
Croché	3	12,50
Costurar	2	8,33
Artes decorativas	1	4,17
Centro de convívio	1	4,17
Não tem ocupação	1	4,17
Ver televisão	4	16,67

De um modo geral, existe uma variedade de atividades realizadas pelos participantes nos seus tempos livres, mas ver televisão e ler são as atividades mais frequentes.

**Tabela 5. De quem são cuidadores, os participantes.**

<b>É cuidador (a) de terceiros</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Não</b>	19	79,17
<b>Sim</b>	5	20,83
<b>De quem?</b>	Irmã	1 4,17
	Cônjuge	3 12,50
	Sogro	1 4,17
<b>Idade</b>	73	1 4,17
	75	1 4,17

	85	1	4,17
	89	1	4,17
	90	1	4,17

No que se refere à questão 9 (“É cuidador(a) de terceiros?”), a maioria dos indivíduos referiram não ser cuidadores de terceiros (n=19) e os que se afirmaram ser cuidadores (n=5) são maioritariamente cuidadores do cônjuge (n=3) (tabela 5).

**Tabela 6. Antecedentes pessoais dos participantes.**

<b>Antecedentes pessoais</b>		
<b>Cardiovascular</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
HTA	15	62,50
Pacemaker	1	4,17
Doença valvular cardíaca	2	8,33
Doença cardíaca isquémica	2	8,33
Angina de peito	4	12,50
Arritmia	1	4,17
Insuficiência cardíaca	2	8,33
EAM	1	4,17
Fibrilação auricular	1	4,17
Insuficiência vascular	1	4,17
<b>Neurológicos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
AVC	3	12,50
Parkinson	2	8,33
Síndrome da coluna com irradiação da dor	2	8,33
<b>Muscúloesquelética</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Artroses	1	4,17
Osteoartrose joelho	3	12,50
Osteoartrose anca	2	8,33
<b>Endócrina</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Hipotiroidismo	3	12,50
Diabetes mellitus	3	12,50
Dislipidemia	5	20,83
<b>Psiquiátrica</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Demência	2	8,33
Depressão	6	25,00
<b>Outros antecedentes pessoais</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Veia varicosa	1	4,17
Síndrome vertiginoso	1	4,17
Doença ocular	1	4,17
Hipertrofia benigna da próstata	3	12,50
Alteração funcional do estômago	1	4,17
Alteração do sono	1	4,17

Hérnia do hiato	1	4,17
Anemia	2	8,33
Psoríase	1	4,17
Doença hepática	1	4,17
Asma	1	4,17
Doença vascular periférica	2	8,33
Prostatite	1	4,17
Neoplasia da próstata	1	4,17

De acordo com a tabela anterior, conclui-se que a patologia do foro cardíaco com maior frequência é a hipertensão arterial (n=15). Das pessoas idosas inquiridas, 6 confirmaram não ter patologia cardiovascular conhecida. Em general a nossa amostra não apresenta patologias do foro neurológico (n=20), no entanto, os que tiveram Acidente Vascular Cerebral é o mais frequente (n=3). As patologias músculo esqueléticas são mencionadas por um número reduzido de pessoas idosas (n=4), sendo a mais prevalente a osteoartrose do joelho (n=3). Entre número de participantes com patologias Endócrinas (n=8), a Dislipidemia apresenta maior frequência (n=5). Quanto ao número de pessoas idosas que têm patologias Psiquiátricas (n=7), a depressão é a mais referida pelos mesmos (n=6). Por último, a maioria dos inquiridos sobre outras patologias (n=13) não responderam grande parte às respostas e outros dispersaram na nomeação da patologia. Contudo, uma ínfima parte respondeu que a patologia mais frequente foi a hipertrofia benigna da próstata (n=3). No que diz respeito à questão 11 (“Medicação que atualmente está a ser administrada”), ordenou-se as respostas segundo os resultados obtidos num estudo recente (tabela 7). Esse estudo, menciona que os grupos terapêuticos preditivos de queda são os antiepiléticos e anticonvulsivantes; psicofármacos; ansiolíticos; sedativos e hipnóticos; antipsicóticos; antidepressores; lítio; analgésicos estupefacientes; digitálicos; antihipertensores (diuréticos, modificadores do eixo renina angiotensina ou depressores da atividade adrenérgica); insulinas; e antidiabéticos orais (Costa-Dias *et al.*, 2013).

**Tabela 7. Número de pessoas idosas que tomam o medicamento, por grupo terapêutico.**

Grupos de medicação	Frequência	Percentagem
Antiepiléticos e Anticonvulsivante	2	8,33
Psicofármacos	3	12,50
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	7	29,17

Antipsicóticos	0	0
Antidepressores	2	8,33
Lítio	0	0
Analgésicos estupefacientes	2	8,33
Digitálicos	0	0
Antihipertensores	18	75,00
Insulinas	2	8,33
ADO	2	8,33

Construímos a tabela anterior, com base nas frequências e percentagens somando o número de indivíduos que toma um certo fármaco pertencente a cada. O grupo de terapêuticos mais consumido pelas pessoas idosas foram os antihipertensores (n=18) e a maioria dos inqueridos toma mais do que um fármaco para este fim. Seguem-se os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (n=7) e os Psicofármacos (n=3). Os antipsicóticos, os digitálicos e o lítio não faziam parte da terapêutica destes participantes.

A tabela 8, resume a apreciação do enfermeiro nº1 quanto ao consumo total de fármacos que cada participante ingere habitualmente devido ao padecimento de doença(s) crónica(s).

**Tabela 8. Quantidade de fármacos administrada a cada participante.**

<b>Toma de fármacos por participante</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Nenhum fármaco	4	16,67
Um fármaco	2	8,33
Dois fármacos	1	4,17
Três fármacos	5	20,83
Quatro fármacos	2	8,33
Cinco fármacos	1	4,17
Mais do que cinco fármacos	9	37,50
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Em conformidade com a tabela, pudemos constatar que em 24 participantes, 9 tomam mais do que cinco fármacos.

Em relação à questão 12 (“Andar é importante na sua vida?”), todos os participantes responderam afirmativamente (n=24), quando questionados sobre a razão, deram as justificações que se seguem na tabela 9, destacando que alguns optaram por mais do que uma justificação.

**Tabela 9. Importância do andar para o participante.**

Porquê considera o andar importante?	Frequência	Percentagem
Para ser autónomo	5	20,83
Para ser independente	2	8,33
Porque faz bem andar	2	8,33
Permite deslocação ao exterior	4	16,67
Manter a mobilidade	5	20,83
Contribui para melhorar a saúde	1	4,17
Para poder sair de casa	2	8,33
Para realizar as AVD's	1	4,17
Porque se não andasse não conseguia fazer nada	1	4,17
Porque gosto de andar	1	4,17

Todos os participantes valorizaram o andar como um recurso importante nas suas vidas e para sua realização intrínseca, tendo a maioria fundamentado o porquê da importância do andar, apresentando respostas frequentes tais como, “Para ser autónomo” (n=5) e “Para manter a mobilidade” (n=5).

Na questão 13 (Já teve alguma queda?), o inquerido tinha que especificar a frequência desta no último ano (tabela 10).

**Tabela 10. História de queda dos participantes.**

Já teve queda?		Se sim quando?			Frequência no último ano	
Vaiáveis	Frequência	Meses	Frequência			Frequência
Não	2	-	-	-	-	-
Sim	22	[1 - 12]	15	22	0	1
		]12 - 24]	2		1	5
		]24 - 36]	2		2	4
		]36 - 48]	1		3	3
		]48 - 60]	1		4	1
		]60 - 72]	0		5	-
		>72	1		6	-
	Omissos		0		Omissos	8
Total			24			

Os resultados revelam que entre as 22 pessoas idosas que apresentaram quedas, a maioria referiu ter ocorrido no último ano (n=15), com frequência de uma a quatro quedas (n=13). No que se refere à circunstância em que ocorreu a queda, a tabela que se segue resume a informação (tabela 11).

**Tabela 11. Circunstâncias da queda dos participantes.**

<b>Legenda</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Em casa: escorregou no Wc	7	29,17
Na rua: andar	4	16,67
Trabalhar no jardim	2	8,33
Descer uma rampa	1	4,17
Tropeçou	3	12,50
Queda provocada por um cão	1	4,17
Na pedreira	1	4,17
Na missa	1	4,17
Acidente de trabalho	1	4,17
Desequilíbrio	1	4,17

Pode-se constatar que os participantes caíram em circunstâncias bastante complexas, as mais frequentes foram: escorregar no Wc durante a realização das AVD'S, na rua ao andar com na calçada irregular, tropeçar em objetos e falta de equilíbrio.

Na seguinte tabela que compreende as respostas às questões 18 e 19 do questionário (“O colaborador considera que o participante tem o diagnóstico de enfermagem risco de quedas presente?” e “O participante considera que tem o diagnóstico de enfermagem risco de quedas presente?”), pudemos comparar a opinião do enfermeiro N°1 e da pessoa idosa em relação à presença do diagnóstico de enfermagem “Risco de queda”.

**Tabela 12. Diagnóstico de risco de queda presente.**

<b>Pergunta</b>	<b>Opinião n=24</b>	<b>Diagnóstico “Risco de queda presente”</b>
<b>18</b>	Enfermeiro N°1	88%
<b>19</b>	Pessoa idosa	69%

Ao observarmos a tabela, constatamos que segundo a opinião do enfermeiro N°1, 88% dos inqueridos tem presente o diagnóstico de “Risco de quedas”, no que se refere a opinião da pessoa idosa está percentagem desce para os 69%.

Em relação à questão 20, relativa aos fatores de risco de quedas, obteve-se respostas que estão mencionadas na tabela seguinte. Pela “idade  $\geq$  65 anos” ser um dos critérios de inclusão da amostra não foi considerado este fator de risco.

Tabela 13. Classificação dos fatores de risco

Fatores de risco de queda	F		F Pessoa idosa	TF	Classificaç ão
	Nº1	Nº2			
*Idade $\geq$ a 65 anos	--	--	---	----	---
*Fármacos	22	21	23	0,945	Principal
*História de quedas	22	22	22	0,900	Principal
Medicação hipertensiva	21	20	21	0,900	Principal
Polimedicação	20	19	20	0,875	Principal
Comorbilidades/doença crónicas	21	15	23	0,875	Principal
Medo de cair	20	19	20	0,836	Principal
Tensão arterial elevada	20	16	19	0,836	Principal
Osteoporose	12	11	21	0,774	Secundário
Dor crónica	16	18	18	0,757	Secundário
*Anemia	3	2	11	0,747	Secundário
Baixo nível educacional	15	15	15	0,733	secundário
*Doença vascular	15	15	18	0,733	Secundário
*Compromisso visual	18	16	18	0,733	Secundário
*Compromisso da mobilidade	18	15	18	0,727	Secundário
Género feminino	15	16	19	0,690	Secundário
*Compromisso do equilíbrio	17	12	19	0,687	Secundário
Baixo rendimento familiar	11	12	14	0,672	Secundário
*Dificuldade na marcha	16	16	18	0,667	Secundário
*Artrite	6	4	14	0,667	Secundário
Declínio nas atividades básicas	15	11	16	0,618	Secundário
Uso de chinelos	14	13	15	0,617	Secundário
Tonturas	13	14	15	0,617	Secundário
Sintomas depressivos/Depressão	14	11	17	0,617	Secundário
Perímetro abdominal elevado	10	10	8	0,611	Secundário
Benzodiazepinas	9	8	11	0,611	Secundário
*Insónia	13	13	14	0,580	Secundário
Ansiedade	13	13	15	0,580	Secundário
Função sensório-motor reduzida	11	10	13	0,555	Secundário
*Diminuição na força das	12	10	15	0,549	Secundário
*Urgência urinária	9	8	13	0,521	Secundário
Compromisso da função	10	10	12	0,514	Secundário
Síndrome metabólico	5	4	8	0,513	Secundário
*Défice propriocetivo	7	4	9	0,500	Secundário
Relato de pior saúde física	7	5	10	0,498	Irrelevantes
*Neuropatia	5	8	11	0,497	Irrelevantes
*Compromisso da audição	8	10	10	0,479	Irrelevantes
Ambiente sem instalação de	9	10	10	0,471	Irrelevantes
*Uso de tapetes soltos	8	7	12	0,456	Irrelevantes
Obesidade	6	8	8	0,456	Irrelevantes
*Condições que afetam os pés	7	8	11	0,444	Irrelevantes

*Uso de auxiliar de marcha (ex.	8	10	12	0,427	Irrelevantes
*Exposição a condições de	9	10	10	0,421	Irrelevantes
*Incontinência	6	5	10	0,375	Irrelevantes
*Neoplasia	3	2	8	0,373	Irrelevantes
*Alteração da função cognitiva	5	8	7	0,362	Irrelevantes
*Período de Recuperação pós-	1	3	6	0,344	Irrelevantes
*Hipotensão ortostática	5	5	9	0,326	Irrelevantes
*Alteração da glicémia	3	3	7	0,326	Irrelevantes
*Doença aguda	3	3	6	0,324	Irrelevantes
*Material antiderrapante	6	6	7	0,313	Irrelevantes
*Iluminação insuficiente	2	3	4	0,291	Irrelevantes
*Viver sozinho	6	4	11	0,274	Irrelevantes
*Consumo de álcool	5	5	9	0,274	Irrelevantes
Baixo nível de albumina sérica	2	0	18	0,234	Irrelevantes
*Prótese no membro inferior	4	5	8	0,221	Irrelevantes
*Ambiente desorganizado	2	1	6	0,180	Irrelevantes
Insuficiência de Vitamina D	0	0	20	0,164	Irrelevantes
*Ambiente não familiar	2	0	6	0,122	Irrelevantes
Doença pulmonar obstrutiva	1	0	4	0,122	Irrelevantes
*Desmaio ao virar o pescoço	0	1	4	0,000	Irrelevantes
*Uso de contenções	0	0	4	0,000	Irrelevantes
*Diarreia	0	0	4	0,000	Irrelevantes
*Desmaio ao estender o pescoço	0	0	4	0,000	Irrelevantes
Minoria étnica (negro)	0	0	5	0,000	Irrelevantes

Legenda: \* Fatores de risco descritos na NANDA-I 2018

F: Frequência

Nº1: Enfermeiro

Nº2: Enfermeiro

TF: Taxa de fidelidade

Segundo os resultados da tabela anterior, pudemos constatar que existem 7 fatores de risco principais, “Medicação hipertensiva”, “Polimedicação”, “Comorbilidades/doença crónicas”, “Medo de cair”, “Tensão arterial elevada (hipertensão)”, “Historia de queda” e “Fármacos”, dos quais só os dois últimos constam na NANDA-I. Dos 26 fatores de risco apresentados como secundários, só 11 estão contemplados pela NANDA-I, são eles: “Anemia”, “Doença vascular”, “Compromisso visual”, “Compromisso da mobilidade”, “Compromisso do equilíbrio”, “Dificuldade na marcha”, “Artrite”, “Insónia”, “Diminuição na força das extremidades inferiores”, “Urgência urinária” e “Défice proprioceptivo”, os restantes 15 estão apenas contemplados na literatura sendo a “Osteoporose”, “Dor crónica”, “Baixo nível educacional”, “Género feminino”, “Baixo

rendimento familiar”, “Declínio nas atividades básicas de vida diária (ABVD)”, “Uso de chinelos”, “Tonturas”, “Sintomas depressivos/Depressão”, “Perímetro abdominal elevado”, “Benzodiazepinas”, “Ansiedade”, “Função sensório-motor reduzida”, “Compromisso da função executiva” e “Síndrome metabólico”. Os restantes foram considerados fatores de risco irrelevantes, perfazendo um total de 31, dos quais 24 estão contemplados pela NANDA-I, “Neuropatia”, “Compromisso da audição”, “Uso de tapetes soltos”, “Condições que afetam os pés”, “Uso de auxiliar de marcha (ex. andador, canadiana, cadeira de rodas)”, “Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex: piso molhado, gelo, etc.)”, “Incontinência”, “Neoplasia”, “Alteração da função cognitiva”, “Período de Recuperação pós-cirúrgico”, “Hipotensão ortostática”, “Alteração da glicémia”, “Doença aguda”, “Material antiderrapante insuficiente no WC”, “Iluminação insuficiente”, “Viver sozinho”, “Consumo de álcool”, “Prótese no membro inferior”, “Ambiente desorganizado”, “Ambiente não familiar”, “Desmaio ao virar o pescoço”, “Uso de contenções”, “Diarreia” e “Desmaio ao estender o pescoço; e 7 não se inserem na NANDA-I sendo respetivamente, “Relato de pior saúde física”, “Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculo”, “Obesidade”, “Baixo nível de albumina sérica”, “Insuficiência de Vitamina D”, “Doença pulmonar obstrutiva crónica” e “Minoria étnica (negro).

### 3.3 Discussão

O presente capítulo tem o intuito de permitir a compreensão dos resultados apresentados anteriormente dando ênfase a relação com outros estudos.

Com base na análise e interpretação da caracterização demográfica, a amostra deste estudo revela que a maioria dos idosos tem idades entre os 66 e os 89 anos, condição semelhante a observada nos dados do Instituto Nacional de Estatística (2017), sobre a esperança média de vida, a qual se situa nos 80,62 anos. Um estudo sobre o perfil de idosos com risco de queda, menciona a participação de idosos numa média etária de 77 anos, o que se confirma com a média encontrada neste estudo, aproximadamente 80,21 anos (Prior, 2015).

Neste estudo, verificamos que os fatores de risco principais nos idosos, nomeadamente, Fármacos, História de quedas, Medicação hipertensiva, Polimedicação, Comorbidades/Doenças Crónicas, Medo de cair e Hipertensão vão de encontro com os achados na literatura.

No estudo de Prato *et al.*, (2017), a frequência decorrente de quedas ocorre de acordo com o aumento da idade, sendo 31,3% para os idosos com 65 anos ou mais. Outro estudo incluindo idosos comunitários apontou que a prevalência de quedas se situa em 37,5%, e 16,5 % para quedas recorrentes (Soares *et al.*,2017).

Observou-se num estudo, a relação entre ter quedas recorrentes e estar medicado com furosemida e ramipril o que corrobora com os achados deste estudo (Costa-Dias, 2013). Outro autor destaca que os idosos acometidos por Hipertensão Arterial têm aproximadamente sete vezes maior risco de sofrer quedas do que os que não apresentam esta patologia (Smith *et al.*, 2017). Resultados relevantes que corroboram com a presente investigação.

A literatura refere que num estudo 95,4% dos idosos, que consumiram mais de que um fármaco, sofreram queda, o que vai ao encontro dos resultados do nosso estudo (Cashin & Yang, 2011). Marques-Vieira (2017) relata que a Polimedicação se relaciona com o uso de dois ou mais fármacos que podem muitas vezes, potenciar efeitos secundários que não estão estudados/descritos como motivo de queda. É fundamental vigiar o consumo dos medicamentos nesta faixa etária, de modo a identificar erros, possíveis efeitos colaterais e ensinar estratégias de modo a minimizar a chance de queda.

Quanto às Comorbidades/Doenças Crónicas, os resultados de estudos evidenciam que a presença de doenças cardíacas (hipertensão arterial), osteoporose, artrite aumentam significativamente a probabilidade de queda no idoso (Rodrigues & Ciosak, 2012; Smith *et al.*, 2017)). Nascimento & Tavares (2016), apontam que os idosos que tiveram quedas possuíam duas ou mais comorbidades o que vai de encontro com o presente estudo.

O Medo de cair, foi um dos fatores de risco mais mencionado e que pode ser avaliado pela escala Falls Efficacy Scale International (FES- I). Este instrumento está adaptado para a população portuguesa sendo considerado válido e fiável (Marques-Vieira, 2017). A evidência deste fator de risco, corrobora com o estudo conduzido por Vitorino *et al.*, (2017), no qual 67 % dos 113 idosos referem medo de cair. Num estudo o medo de cair, foi relatado por 57,1% dos idosos (Antes *et al.*, 2013). O que se enquadra no estudo de

Nascimento & Tavares (2016), no qual identificaram que os idosos que sofreram quedas apresentaram restrições quanto ao desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária devido ao medo de cair.

Entre os fatores de risco secundários às quedas, houve associação com a Osteoporose, a Anemia, Artrite, Sintomas depressivos/ Depressão e Tontura. Este achado foi similar aos estudos de base populacional realizados por Moraes *et al.*, (2017) e Soares *et al.*, (2014), no qual a artrite e a osteoporose contribuem para a diminuição da capacidade física no idoso, podendo ocorrer processo inflamatório, algias, desequilíbrio postural e consequentemente aumentar o risco de queda.

Os Sintomas depressivos/Depressão foram observados neste estudo como associados às quedas, o que se iguala ao observado num estudo produzido na Suécia, o qual comprova que eventos stressantes e impulsionadores de sentimentos negativos atuam como motivo de queda entre os idosos (Hellwig, Munhoz, & Tomasi, 2016). As Tonturas foram identificadas na literatura como fator relacionado a queda, no qual 51,4% dos idosos caíram e, 64,1%, teve queda recorrente (Moraes *et al.*, 2017). Estes dados são reforçados por um estudo realizado, que envolveu 25 pessoas idosas (44,6%), em que estas apresentaram quedas relacionadas com a tontura (Scherer, Lisboa & Pasqualotti, 2012).

A Dificuldade na marcha, Compromisso da mobilidade, Compromisso do equilíbrio e Compromisso visual revelaram também ser um fator secundário neste grupo. De acordo, com o estudo de Moraes *et al.*, (2017) o avançar da idade altera o padrão da marcha, nomeadamente o défice do sistema neuromuscular, falta de coordenação e perda do equilíbrio o que implica o aumento do risco de queda. Outro estudo refere, que os idosos que apresentam baixas velocidades de caminhada, marcha lenta e maior instabilidade postural estão mais propícios à queda (Padoin, 2010). As alterações visuais motivadas pelo envelhecimento são acompanhadas de comprometimento na perceção de profundidade, sensibilidade em identificar contrastes e barreiras que comprometem o equilíbrio. Fato constatado pelo nosso estudo, quanto a existência de correlação positiva entre o risco de queda e o compromisso visual. O estudo de Oliveira *et al.*, (2012) mostra evidência significativa para o risco de queda em idosos com acuidade visual reduzida.

A associação positiva de ocorrência de quedas no Género feminino, é similar ao indicado em vários estudos, os quais mencionam que o fato das mulheres apresentarem maior

fragilidade, maior prevalência de doenças crônicas e exposição às atividades domésticas têm riscos acrescidos às quedas (Santos *et al.*, 2015; Smith 2017).

No estudo realizado por Kuznier *et al.*, (2015) a maioria dos idosos (60%) apresentava Doença vascular, o que é confirmado pela literatura, no diz respeito a doenças como a hipertensão arterial e acidente vascular cerebral. Resultados semelhantes quanto ao predomínio de quedas em idosos com doença vascular foram encontrados num estudo (Costa *et al.*, 2010). Por esse motivo, é comum a suscetibilidade à queda, visto que, alguns idosos apresentam compromisso cognitivos e físicos.

O Uso de contenções, Incontinência, Diarreia, Desmaio ao virar e estender o pescoço, Minoria étnica (negro) Insuficiência de vitamina D, Ambiente não familiar e Ambiente desorganizado não foram associados à ocorrência de quedas, nas pessoas idosas residentes na comunidade. O uso de contenções, inclui-se nas diretrizes da Direção Geral da Saúde em Portugal (2011), relativamente às medidas de imobilização de doentes, prescritas pelo médico e implementadas a nível institucional em situações de alto risco de queda (avaliada de 48/48 horas através da *Escala de Queda de Morse*), quando esgotadas as medidas preventivas. Trata-se de uma prática registada no processo clínico do doente, reavaliada sempre que necessária devido aos riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos) (DGS, 2011). Pelo que, o uso de contenções não se enquadra nos fatores de risco considerados principais para os idosos em contexto comunitário, embora seja um procedimento que pretende garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem

Contrariamente ao nosso estudo, Almeida *et al.*, (2010) e Abreu *et al.* (2015) classificam a incontinência urinária como um fator principal associado às quedas, pelo fato de ser uma das sete síndromes geriátricas responsáveis pelos diferentes processos patológicos no idoso e ainda, porque os mesmos terem necessidade de levantar mais vezes para ir à casa de banho. Perante o nosso estudo, não se verifica essa situação, sendo considerado como um fator de risco irrelevante à queda no idoso.

Os fatores de risco identificados são importantes para direcionar os enfermeiros de forma acurada, na identificação do diagnóstico risco de queda, na implementação de intervenções e respetiva avaliação, visto que desencadeia nos idosos riscos acrescido à queda. Pelo que se torna conveniente, considerar estes fatores de risco principais e secundários, uma vez que os enfermeiros ao estarem despertos para os riscos de queda

nos idosos residentes na comunidade podem mais facilmente definir estes fatores de risco como os critérios de diagnóstico a ter em consideração na definição deste diagnóstico. Este raciocínio clínico permite atempadamente reduzir a prevalência de quedas, a incidência de lesões correlacionadas, assim como a diminuição da dependência e restrições da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diárias.

Destaca-se a necessidade da continuidade de investigações deste caráter em Portugal, de modo a que seja possível identificar os fatores preditivos do risco de queda nos idosos residentes na comunidade, uma vez que as quantidades de estudos sobre esta problemática são reduzidas. Com o contributo destes tipos de estudos é possível a construção de instrumentos de avaliação do risco de queda com maior sensibilidade e especificidade para as pessoas idosas residentes na comunidade portuguesa. Outra sugestão relaciona-se também com a elaboração de uma escala, com os fatores de risco de queda principais identificados neste estudo, pois coincidem com o estudo de Marques-Vieira (2017). Estes são particularmente, a História de queda, Cormobilidades, Polimedicação e Fármacos.

As limitações deste estudo associam-se com o fato da amostra ser pequena, o que implica uma reduzida generalização dos resultados, assim como também a falta de um pré teste do instrumento de coleta de dados validado para nossa população alvo, o qual lamentavelmente não foi possível realizar por motivos temporais.

Pretende-se com este estudo, apoiar os enfermeiros na obtenção de uma avaliação criteriosa sobre os fatores de risco existentes neste contexto, o que viabiliza diagnósticos de enfermagem mais acurados e intervenções individualizadas/eficazes. Os resultados deste estudo, poderão sustentar o desenvolvimento de programas de saúde direcionados para esta população, bem como ações envolvendo os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, pois estes mantêm relação mais próxima com os idosos, familiares e cuidadores. Estas estratégias possibilitam a promoção da saúde, bem-estar e a qualidade de vida dos idosos, principalmente os que já experienciaram a queda.



## Conclusão

Os resultados do presente estudo propiciaram a identificação dos fatores de risco Principais e secundários frequentes ao risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade. Sendo os principais, Fármacos, História de queda, Polimedicação, Cormobilidades/Doença crónicas, Medo de cair e Tensão Arterial elevada (hipertensão); e Secundários, Osteoporose, Anemia, Artrite, Sintomas depressivos/ Depressão e Tontura entre outros. Estes fatores de risco sublinham a importância de se validar o diagnóstico “risco de queda” nas pessoas idosas residentes na comunidade, com base numa escala validada e fiável, pois as suas repercussões ameaçam o funcionamento e a qualidade de vida dos mesmos.

Este estudo traz contributos para a educação e para a prática de enfermagem, pois auxilia os enfermeiros na identificação de pessoas idosas com o diagnóstico “risco de queda” na comunidade, bem como os fatores de risco mais pertinentes para este episódio. Este tipo de estudos sustenta a implementação e desenvolvimento de políticas de saúde sobre a prevenção do risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade, pois desta forma se consegue perceber a eficácia que as estratégias assumem, dado que as circunstâncias das quedas nesta população são variadas. O envelhecimento da população é uma realidade nacional, o que faz prever que esta problemática se venha a acentuar. Torna-se necessário investir na formação de profissionais de saúde, principalmente os que atuam em contexto comunitário, de forma a que se possa intervir eficazmente nas pessoas idosas suscetíveis ou que sofreram queda. As medidas de prevenção de queda contribuem para a segurança e qualidade dos cuidados fato descrito no recente Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano enfatiza que sejam implementadas intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, que envolvam a participação e adesão dos profissionais, na área da prevenção de quedas em pessoas idosas (Ministério da Saúde, 2015). Com a prática destas medidas, a incidência e prevalência de quedas nesta faixa etária tende a atenuar, possibilitando obter ganhos na redução dos custos para a sociedade e em particular para o sistema de saúde.

Apesar da amostra deste estudo não poder ser considerada representativa da totalidade das pessoas idosas residentes nesta freguesia, os nossos resultados são indícios que as quedas na comunidade portuguesa são de facto uma realidade influente nas pessoas

idosas, de característica multifatorial e com implicações que podem levar a lesão ou até mesmo a morte.

Em suma, este trabalho permitiu-nos aprofundar conhecimentos numa área e população problemática que desperta particular interesse devido aos seus fatores de risco associados.

## **Bibliografia**

Abreu, H. C. D. A., Reiners, A. A. O., Azevedo, R. D. S., Silva, A. D., Abreu, D. R. O. M., & Oliveira, A. D. (2015). Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública*, 49(37), 1-9. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005549.

Alencar, P. V. N., Y. T., dos Santos, A. A., de Souza Nonato, M. G. F., Moreira, D. C. R. T., & de Freitas, G. D. (2017). Fatores de risco associados às quedas em idosos e reflexões acerca de sua prevenção: um estudo de revisão. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 6(1), 28. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i1.1784>.

Almeida, R. A. R. D., Abreu, C. D. C. F. D., & Mendes, A. M. D. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 163-172. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-163.pdf>.

Amann, G. P. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: Com Mais Cuidado-Prevenición de accidentes domésticos con ancianos*. Manual de Apoio y Formulário. Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, Lisboa.

Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>.

Antes, D. L., Schneider, I. J. C., Benedetti, T. R. B., & d'Orsi, E. (2013). Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Fear of recurrent falls and associated factors among older adults from Florianópolis. *Caderno de Saúde Pública*, 29(4), 758-768. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400013>.

Branco, P. S. (2010). Validação da Versão Portuguesa da “Activities-specific Balance Confidence Scale”. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 19(2), 20-25.

Bandeira, M. L., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Batista, I., & Moreira, M. J. G. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011 Evolução e Perspectivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Bunchaft, G., & Cavas, C. S. T. (2002). *Sob medida: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações*. São Paulo: Vetor.

Caldeira, S. (2012). *Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Campos, M. L. P., & Lima, R. S. (2011). Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 659-664. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300016>.

Carvalho, E. C., & Herdman, T. H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>.

Cashin, R. P., & Yang, M. (2011). Medications Prescribed and Occurrence of Falls in General Medicine Inpatients. *Can J Hosp Pharm*, 64(5), 321-326. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203823/>.

Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J. et al. (2004). Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Bmj*, 328(7441), 680. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7441.680>.

Contreiras, T., Rodrigues, E., & Nunes, B. (2011). *Acidentes domésticos e de lazer: Informação adequada*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (INSA). Departamento de Epidemiologia.

Correa, A. D., Marques, I. A. B., Martinez, M. C., Laurino, P. S., Leão, E. R., & Chimentão, D. M. N. (2012). The implementation of a hospital's fall management protocol: results of a four-year follow-up. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(1), 67-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100009>.

Costa, A. G. S., Oliveira, A. R. S., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., & Araujo, T. L (2010). Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(4), 684-689. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400005>.

Costa-Dias, M. J. M., Santos Oliveira, A., Nogueira Moreira, C. N. M., Santos, A. S., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Referência-Revista de Enfermagem*, 3(9) 105-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12142>.

Cruz, S., Carvalho, L., Lamas, B., & Barbosa, P. (2014). Improving Quality in the Patients' Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision. *International Journal of Information and Education Technology*, 4(6), 526. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.108>.

DGS. (2008). Orientação técnica sobre suplemento de cálcio e vitamina D em pessoas idosas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde- Divisão de Prevenção e Controlo da Doença/ Direção de Serviços da Qualidade Clínica.

DGS. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Lisboa: Direção-Geral da Saúde- Departamento de Qualidade na Saúde.

Figueiredo, K. M. O. B., Lima, K. C., & Guerra, R. O. (2007). Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista brasileira. cineantropom. desempenho hum*, 9(4), 408-413. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/viewFile/4111/3471>.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.

Freitas, R. D., Costa Santos, S. S., Silveira de Almeida Hammerschmidt, K., Egues da Silva, M., & Teda Pelzer, M. (2011). Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de enfermagem*, 64(3),480.

Garcia, T. R., Coenen, A. M., & Bartz, C. C. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®: Versão 2017*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Gorman, M. (1999). *The ageing and development report: poverty, independence*. London: Earthscan Publications Ltd.

Hellwig, N., Munhoz, T. N., & Tomasi, E. (2016). Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3575-3584. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>.

Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2017). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020*. (11º ed). New York, Stuttgart, Delhi, Rio de Janeiro: Thieme.

Herrera, D. E. H. *Risco de quedas: intervenções de enfermagem da NIC identificadas por enfermeiros mexicanos a pacientes hospitalizados*. (Tese de Doutoramento), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

INE (2011). *Censos 2011-Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística.

Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2011). *Censos 2011- População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2017) *Tábuas de Mortalidade 2014 - 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Kuznier, T. P., Souza, C. C. D., Chianca, T. C. M., Ercole, F. F., & Alves, M. (2015). Fatores de risco para quedas descritos na taxonomia da NANDA-I para uma população de idosos. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*, 1855-1870. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.783>.

Leung, K., Trevena, L. & Waters, D. (2012). Development of an appraisal tool to evaluate strength of an instrument or outcome measure. *Nurse Researcher*, 20(2), 13-19. DOI: [10.7748/nr2012.11.20.2.13.c9436](http://dx.doi.org/10.7748/nr2012.11.20.2.13.c9436).

Lima, D. V. M. (2011). Desenho de pesquisa: Uma contribuição para autores. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 10(2).

Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html>

Marques-Vieira, C. M. A. (2017). *Validação do diagnóstico de enfermagem impaired walking (00088) em idosos*. (Tese de Doutoramento) Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Marques-Vieira, C. M. A., Sousa, L. M., Carvalho, M. L. R., Veludo, F., & José, H. M. G. (2015). Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida.5: 9-24. Disponível em: [https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1020/1/enformacao\\_05\\_2015\\_19-24.pdf](https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1020/1/enformacao_05_2015_19-24.pdf).

Marques-Vieira, C. M. A., de Sousa, L. M. M., de Sousa, L. M. R., & BerenguerI, S. M. A. C. (2018). Validação da Falls Efficacy Scale International numa amostra de idosos portugueses. *Rev Bras Enferm*, 71(2), 799-806. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0497>.

Ministério da Saúde (PT). Despacho nº 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020. Diário da República, 2ª série. 2015 fev 10 (28):3882(2-10).

Moorhead, M., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2015). *NOC Classificação dos resultados de enfermagem 5a ed. Rio de Janeiro*. Elsevier Brasil.

Moraes, S. A., Soares, W. J. S., Lustosa, L. P., Bilton, T. L., Ferrioli, E., & Perracini, M. R. (2017). Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(5), 693-704. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170080>.

Nascimento, J., & Tavares, D. M. (2016). Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160003600>.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS Campus do IPS. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf%3B>.

Oliveira, P. P., Fachin, S. M., Tozatti, J., Ferreira, M. C., & Marinheiro, L. P. F. (2012). Análise comparativa do risco de quedas entre pacientes com e sem diabetes mellitus tipo 2. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 234-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000200021>.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Estados Unidos da América: Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.

Organização das Nações Unidas (ONU) (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015-Report.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002). *Active aging: a policy framework. A contribution of the WHO to the second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid, Spain: World Health Organization. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>.

Organização das Nações Unidas (ONU) (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Disponível em: [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf).

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018). *Falls (WHO- 2018)*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

Ourique, M. O. D. M. (2011). *Prevenção e monitorização da queda no idoso hospitalizado num serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Padoin, P. G., Gonçalves, M. P., Comaru, T., & Silva, A. M. V. D. (2010). Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. *O mundo da saúde*, 34(2), 158-64. Disponível em: [https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/75/158a164.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/75/158a164.pdf).

Pérez, P. E., Sánchez, J. M. R., Formatger, D. G., & Fernández, M. G. (Eds.). (2016). *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. España: Elsevier

Pinho, T. A. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Gurgel, S. N., Smith, A. D. A. F., & Bezerra, V. P. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 320-327. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200008>.

Prado R.A, Egydio P.R.M, Teixeira A.L.C, Izzo P, Langa C.J.S.O. A influência dos exercícios resistidos no equilíbrio, mobilidade funcional e na qualidade de vida de idosas. *O mundo da saúde*. 2010; 34(2), 183-91.

Prato, S. C. F., Andrade, S. M. D., Cabrera, M. A. S., Dip, R. M., Santos, H. G. D., Dellaroza, M. S. G., & Mesas, A. E. (2017). Frequência e fatores associados a quedas em adultos com 55 anos e mais. *Rev. Saúde Pública*, 51, 1-11. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051005409>.

Prior, A. G. Q. D. S. (2015). *O risco de quedas nos idosos do concelho de Proença a Nova*. (Tese de Doutoramento) Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco.

Recanello, C. G., Reiners, A., Azevedo, R., Alexandre, R., & Cegati, L. (2015). Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 9(3), 7111-7117. DOI:10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201513.

Rodrigues, J., & Ciosak, S. (2012). Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600017>.

Santos, R. K. M. D., Maciel, Á. C. C., Britto, H. M. J. D. S., Lima, J. C. C., & Souza, T. O. D. (2015). Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3753-3762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.00662015>.

Scherer, S., Lisboa, H. R. K., & Pasqualotti, A. (2012). Tontura em idosos: diagnóstico otoneurológico e interferência na qualidade de vida. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 17(2), 44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000200007>.

Silva, D. M. D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26.

Disponível em:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%A2ncias%20de%20enfermagem.pdf>.

Silva, M. (2016). *Avaliação do risco de queda: contributos para a implementação da supervisão clínica em enfermagem*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem Porto, Porto.

Sivan, M., Sawyer, C., & Brown, J. (2010). The role of exercise therapy in the secondary prevention of falls in elderly people. *International Musculoskeletal Medicine*, 32(4), 168-172. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v19n3/02.pdf>.

Smith, A., Silva, A. O., Rodrigues, R. A. P., Moreira, M. A. S. P., de Almeida Nogueira, J., & Tura, L. F. R. (2017). Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 2754, 4-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>.

Soeiro, M. D. A. S. (2010). *Envelhecimento português. Desafios contemporâneos. Políticas e programas sociais: estudo de caso* (Dissertação de Doutoramento) Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C. M. A., de Caldevilla, M. N. G. N., Henriques, C. M. A. D., Severino, S. S. P., & Caldeira, S..Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4). e55030. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>.

Sousa, L. M., Carvalho, M. L., Veludo, F., José, H. M. G., & Marques-Vieira, C. (2015). Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida, 2, pp. 25-28. Disponível em:

[https://repositoriocientifico.ualantica.pt/bitstream/10884/1016/1/enformacao\\_05\\_2015\\_25-32.pdf](https://repositoriocientifico.ualantica.pt/bitstream/10884/1016/1/enformacao_05_2015_25-32.pdf)

Sousa, R. A. M. D. (2015). *Prevenção de quedas na população geriátrica* (Tese de Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Soares, W. J. D. S., Moraes, S. A. D., Ferriolli, E., & Perracini, M. R. (2014). Factors associated with falls and recurrent falls in elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 49-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100006>.

Tinetti, M. E. (1994). Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: a research agenda. *Preventive medicine*, 23(5), 756-762. DOI: [10.1006/pmed.1994.1130](https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1130).

Vitorino, L. M., Teixeira, C. A. B., Boas, E. L. V., Pereira, R. L., dos Santos, N. O., & Rozendo, C. A. (2017). Medo de cair em idosos residentes no domicílio: fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03215, 3-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215>.

Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Piot-Ziegler, C., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). *Age and ageing*, 34(6), 614-619. DOI:10.1093/ageing/afi196.



## **Anexos**



**Anexo 1. Pedido de autorização para a utilização do instrumento**

Exma. Sr<sup>a</sup>. Enf. Professora Doutora Cristina Marques-Vieira

Somos duas estudantes, pretendemos realizar um estudo relacionado com “os fatores de risco de quedas em pessoas idosas residentes na comunidade”, inserido no XIV curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, em Oeiras. Este estudo tem como objetivo, replicar em três Centros Sociais (Bispinhos, Morelena e Ferrinhos) o trabalho que realizou na região da Madeira, de modo a podermos comparar os resultados e identificar se existem diferenças.

Neste sentido, solicitamos a autorização para utilizar os mesmos instrumentos de colheita de dados que implementou no seu estudo.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos a seriedade deste estudo, os dados fornecidos serão unicamente utilizados para este fim, assim como o respeito e o direito de autor.

Perante o exposto, aguardamos a sua resposta à solicitação.

Atenciosamente,

Oeiras, 31 de março de 2017

Investigador Ivete Jandicol

Investigador Rosa Rojas



Orientador: Professor Doutor Luís Sousa

Telefone: 933093484/964086439

Email: yvette\_saever@hotmail.com

rossyromero@gmail.com

## **Anexo 2. Pedido de autorização à comissão de ética**

Exmo. Sr Dr. Presidente, da comissão de ética

Estamos a realizar um estudo intitulado “Fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes em três Centros Sociais (Bispinhos, Morelena e Ferrinhos)”, inserido no XIV curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Atlântica, em Oeiras. Este estudo tem o objetivo, realizar a validação clínica do diagnóstico de enfermagem risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade. Neste sentido, solicitamos a autorização e parecer da comissão de ética para realizar um estudo de desenho descritivo e transversal.

Gostaríamos de esclarecer que asseguramos a seriedade deste estudo e que os resultados serão utilizados em trabalhos e eventos científicos da área da saúde.

Também será respeitada e com total sigilo, a identidade das pessoas idosas que frequentem os Centros Sociais mencionados anteriormente, e o direito de deixar de participar no estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para os mesmos. Perante o exposto, aguardamos a sua resposta à solicitação pelos meios de contato dos investigadores.

Atenciosamente,

Oeiras, 21 de abril de 2017

Investigadores: Ivete Jandicol e Rosa Romero

Orientador: Professor Doutor Luís Sousa

Telefone: 933093484

964086439

Email:

[yvette\\_saever@hotmail.com](mailto:yvette_saever@hotmail.com)

[rossyromeo@gmail.com](mailto:rossyromeo@gmail.com)

### **Anexo 3. Modelo de consentimento informado**

Centros Sociais Bispinhos, Morelena e Ferrinhos

Descrição do estudo:

O estudo intitulado “Fatores de risco de queda em pessoas idosas residentes na comunidade”, inserido XIVº curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, em Barcarena, Oeiras. Este estudo tem como objetivo realizar a validação clínica do diagnóstico risco de em pessoas idosas residentes na comunidade.

Nesta fase a sua participação será no preenchimento de um questionário que demora cerca de 35 minutos.

Não se espera que venha a ocorrer qualquer perigo para o participante.

Não será necessária a deslocação adicional. O preenchimento do questionário será feito durante os meses de dezembro a abril.

O estudo é de carácter anónimo e confidencial, pelo que a sua identificação ou informações que o possam identificar não serão acessíveis e não aparecerão em qualquer fase ou documento do estudo.

A sua participação é inteiramente voluntária e é livre de desistir a qualquer momento durante o estudo, sem que isto lhe traga algum prejuízo ou o prejudique no futuro.

Os resultados e materiais obtidos serão apresentados em eventos científicos e em artigos de modo a contribuir para a sua divulgação.

Muito obrigado.

Investigador Principal: Ivete Jandicol e Rosa Romero

Se tiver alguma dúvida contacte Ivete Jandicol ou Rosa Romero através do telefone **964086439**

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garantir que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do profissional de saúde:

Investigador principal: Ivete Jandicol / Rosa Romero

Data: 21 / 04 / 2017

Ivete Luciano S<sup>a</sup> Jandicol

Rosa Romero Rojas

À Pessoa

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

[Parte declarativa da pessoa que consente]

Nome:  
Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas

(local), ...../ .....(data)

Assinatura.....

Nota: Este documento é feito em duas vias - uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.



**Anexo 4. Instrumento de colheita de dados na etapa de validação clínica**

Formulário nº		
Código do		
Data	/	/ 2018
Duração	Minutos	
Local	Centro de	
	Domicílio	

### 1ª Parte: Caracterização do Participante

1 – Idade

	anos
--	------

2 - Género

<b>Feminino</b>	
<b>Masculino</b>	

3- Formação (selecione apenas uma opção)

Sem ensino/1º Ciclo incompleto		3º Ciclo (9ºAno)	
1º Ciclo		12º ano (ou	
2º Ciclo (6ºAno)		Ensino Superior	

4- Profissão (selecione apenas uma opção)

Doméstica	
Reformado(a)	
Profissão. Qual?	

5 – Estado Civil (selecione apenas uma opção)

Solteiro(a)		Viúvo(a)	
Casado(a)		União de Facto	
Divorciado(a)			

6 – Com quem vive? (selecione apenas uma opção)

Sozinho(a)		Cônjuge e filha(o)(s)	
Com cônjuge		Institucionalizado	
Com filha(o)(s)		Outro, qual?	

7- Onde passa o dia? (selecione apenas uma opção)

Centro de Dia		Jardim	
Centro de		Café	
Casa		Outro, Qual?	

8- Ocupação dos tempos livres? \_\_\_\_\_

9 - É cuidador(a) de terceiros?

Não

Sim

De quem? \_\_\_\_\_

Idade? \_\_\_\_\_ anos

10 - Antecedentes pessoais:

Grupo	Descreva diagnóstico médico
<b>Cardiovascular</b>	
<b>Neurológica</b>	
<b>Neuro-muscular</b>	
<b>Músculo esquelética</b>	
<b>Endócrina</b>	
<b>Psiquiátrica</b>	
<b>Outras:</b>	

11 – Medicação que a pessoa idosa está atualmente a tomar?

Classes de fármacos	Descreva os fármacos (mesmo que tenha de consultar processo da pessoa idosa)
<b>Antiepiléticos e Anticonvulsivantes</b>	
<b>Psicofármacos</b>	
<b>Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos</b>	
<b>Antipsicóticos</b>	
<b>Antidepressores</b>	
<b>Lítio</b>	
<b>Analgésicos estupefacientes</b>	
<b>Digitálicos</b>	

<b>Antihipertensores (Ex: Diuréticos, Modificadores do eixo renina angiotensina ou Depressores da atividade adrenérgica)</b>	
<b>Insulinas</b>	
<b>Antidiabéticos orais</b>	
<b>Outros</b>	

Fonte: Costa-Dias, M. J., Olliveira, A. S., Moreira, C. N., Santos, A. S., Martins, T. & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIª Série (9), 105-114.

12 – O andar/caminhar/marchar é importante na sua vida? Não

Sim

Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

13 – Já teve alguma queda?

Não

Sim

Se sim, quando? \_\_\_\_meses e frequência no último ano? \_\_\_\_\_

Em que circunstância? \_\_\_\_\_

14 – Escala de eficácia de quedas-Internacional: Portugal (FES-I Portugal).

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como normalmente faz determinada atividade. Se atualmente não faz a atividade (por ex. alguém lhe vai às compras), responda de maneira a mostrar como se sentiria em relação a quedas se tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque com um círculo no local que mais se aproxima à sua opinião sobre o quão preocupado fica com a possibilidade de cair, ao fazer esta atividade.

Legenda: 1: Nem um pouco preocupado

2: Um pouco preocupado

3: Muito preocupado

4: Extremamente preocupado

1	2	3	4
---	---	---	---

1.Limpar a casa (ex: passar pano, aspirar ou limpar o pó)	1	2	3	4
2.Vestir ou despir a roupa	1	2	3	4
3.Preparar refeições simples	1	2	3	4
4.Tomar banho ou duche	1	2	3	4
5.Ir às compras	1	2	3	4
6.Sentar ou levantar de uma cadeira	1	2	3	4
7.Subir ou descer escadas	1	2	3	4
8.Caminhar pela vizinhança	1	2	3	4
9.Apanhar algo a acima do nível da cabeça ou do chão	1	2	3	4
10.Atender o telefone	1	2	3	4
11.Andar sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12.Visitar um amigo ou parente	1	2	3	4
13.Andar em lugares com multidões	1	2	3	4
14.Caminhar sobre superfície irregular (com pedras ou buracos)	1	2	3	4
15.Subir ou descer uma ladeira	1	2	3	4
16.Frequentar um evento social (ex: acto religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4
Total				

Fonte: Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen G, Piot-Ziegler C, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). Age and Ageing. 2005; 34(6):614-619.

## 2ª Parte: Diagnóstico de Enfermagem Andar Comprometido

15 – O colaborador na observação (enfermeiro) considera que o participante tem o diagnóstico “andar comprometido” presente?

Sim

Não

16 – O participante (pessoa idosa) considera que tem “andar comprometido”?

Sim

Não

(Se sim, preencha a última coluna referente à “opinião da pessoa idosa” na questão 17)

17 – Quando à observação que faz do andar, preencha:

Andar Comprometido (00088)

Limitação de movimento independente, a pé, dentro do ambiente

Opinião da  
pessoa  
idosa

Características Definidoras (Indicadores Clínicos; Sinais e Sintomas; Consequentes)	Presente	Ausente	Não sabe/ Não responde	Presente	Ausente
Capacidade comprometida para subir escadas					
Capacidade comprometida para contornar lancil					
Capacidade comprometida para descer em plano inclinado					
Capacidade comprometida para subir em plano inclinado					
Capacidade comprometida para caminhar em superfícies irregulares					
Capacidade comprometida para caminhar a distância necessária					
Capacidade comprometida de descer escadas					
Capacidade comprometida para caminhar determinadas distâncias em determinado tempo (Cadência, tempo de ciclo, ciclo de marcha, tempo de apoio; comprimento da passada)					
Capacidade comprometida da velocidade da marcha					
Capacidade comprometida para alterar a velocidade da marcha					
Capacidade comprometida para andar para a frente em superfície plana					
Capacidade comprometida para andar durante o tempo requerido					
Andar comprometido em terreno acidentado (avaliação no exterior em piso asfaltado e calçetado)					
Postura alterada					
Claudicação intermitente					
<b>Andar comprometido perante outros desafios (resposta verbal a estímulos auditivos e visuais)</b>					
<b>Andar comprometido na mudança de postura (virar a cabeça, inclinando-se)</b>					

Outro:					
--------	--	--	--	--	--

Fatores Relacionados (Etiologia, Fatores Preditores, Antecedentes)	Presente	Ausente	Não sabe/ Não responde	Presente	Ausente
Alteração na função cognitiva					
Alteração no humor					
Diminuição na resistência					
Barreiras ambientais (ex.: escadas, inclinações, superfícies irregulares, obstáculos inseguros, distâncias, falta de dispositivos ou pessoa de assistência, restrições)					
Medo de Cair					
Equilíbrio comprometido					
Visão comprometida					
Conhecimento insuficiente sobre as estratégias de mobilidade					
Força muscular insuficiente					
Compromisso Musculo-esquelético					
Compromisso neuromuscular					
Obesidade					
Dor					
Diminuição da condição física					
Fadiga					
Apoio de marcha (andarilho de rodas duplas, bengala, bengala de quatro apoios, canadianas)					
Andar com ajuda (de terceiros)					
Compromisso neurológico					

Compromisso cardiorrespiratório (angina, insuficiência cardíaca congestiva, ou enfarte; doença pulmonar)					
Hipotensão ortostática (gestão postural)					
Problemas de sono					
Perceção de capacidade de andar em segurança comprometida					
Numerosas atividades ou tarefas a desempenhar em simultâneo					
Envelhecimento (idade $\geq$ 65 anos)					
Crenças (educação e religião, comportamento sedentário)					
Medicação (antidepressivos (antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação seletiva de serotonina); antihipertensivos; antipsicóticos (típicos e atípicos); benzodiazepinas (de curta e longa duração), inibidores da colinesterase; diuréticos; anti-inflamatórios não esteroides; sedativos e hipnóticos)					
Atrofia da massa muscular					
Gestão de problemas dos pés e de calçado (estética, conforto e segurança)					
Problemas de audição					
Género feminino					
Periodo de recuperação pós-cirúrgico					
Ateração de saúde mental (ex.: sintomas depressivos)					
Institucionalização					
Ausência de suporte social (desvalorização socio-familiar)					
Outro:					

### 3ª Parte: Diagnóstico de Enfermagem Risco de Quedas

18 – O colaborador na observação (enfermeiro) considera que o participante tem o diagnóstico “risco de quedas” presente?

Sim

Não

19 – O participante (pessoa idosa) considera que tem “risco de quedas”?

Sim

Não

(Se sim, preencha a última coluna referente à “opinião d a pessoa idosa” na questão 20)

20 – Quando à observação que faz do risco de quedas, preencha:

Risco de Queda (00155) Vulnerabilidade para maior susceptibilidade às quedas, que podem causar dano físico e comprometer a saúde				Opinião da pessoa idosa	
Factores de Risco ( <b>Etiologia, Factores Preditores, Antecedentes</b> )	Pre-sente	Au-sente	Não sabe/Não responde	Pre-sente	Au-sente
Adultos: Idade $\geq$ a 65 anos					
História de quedas					
Viver sozinho					
Prótese no membro inferior					
Uso de auxiliar de marcha (ex. Andarilho, Canadiana, cadeira de rodas)					
Ambientais: Ambiente desorganizado					
Exposição a condições de insegurança relacionadas com as condições climatéricas (ex. Piso molhado, gelo)					
Iluminação insuficiente					
Material antiderrapante insuficiente no WC					
Ambiente não familiar					
Uso de contenções					
Uso de tapetes soltos					

Agentes farmacológicos: Consumo de álcool					
Fármacos					
Fisiológicos: Doença aguda					
Alteração da glicémia					
Anemia					
Artrite					
Condições que afetam os pés					
Diminuição na força das extremidades inferiores					
Diarreia					
Dificuldade na marcha					
Desmaio ao estender o pescoço					
Desmaio ao virar o pescoço					
Compromisso da audição					
Compromisso do equilíbrio					
Compromisso da mobilidade					
Incontinência					
Neoplasia					
Neuropatia					
Hipotensão ortostática					
Período de Recuperação pós-cirúrgico					
Défice proprioceptivo					
Insónia					
Urgência urinária					
Doença vascular					

Compromisso visual					
Vários: Uso de chinelos					
Género feminino					
Ambiente sem instalação de barras de apoio ou corrimão, com presença de obstáculos (Ex na soleira da porta)					
Polimedicação					
Medicação antihipertensiva					
Benzodiazepinas					
Alteração da função cognitiva					
Compromisso da função executiva					
Declínio nas atividades básicas de vida diária (ABVD)					
Comorbilidades/doença crónicas					
Dor crónica					
Tensão arterial elevada (hipertensão)					
Função sensório-motor reduzida					
Osteoporose					
Insuficiência de Vitamina D					
Realato de pior saúde física					
Obesidade					
Tonturas					
Perímetro abdominal elevado					
Síndrome metabólico					
Doença pulmonar obstrutiva crónica					
Baixo nível de albumina sérica					
Medo de cair					

Sintomas depressivos/Depressão					
Ansiedade					
Baixo nível educacional					
Baixo rendimento familiar					
Minoria étnica (negro)					
Outro:					

21 – Quando á observação que faz do risco de síndrome de fragilidade na pessoa idosa, preencha:

Risco de síndrome de fragilidade na pessoa idosa (00231)				Opinião da pessoa idosa	
Vulnerável a um estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o indivíduo idoso que apresenta deterioração em um ou mais domínios da saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva a uma maior suscetibilidade a efeitos adversos à saúde, em particular a deficiência.					
Factores de Risco (Etiologia, Factores Preditores, Antecedentes)	Pre-sente	Au-sente	Não sabe/Não responde	Pre-sente	Au-sente
Adultos: Idade >70 anos					
História de quedas					
Viver sozinho					
Fisiológicos: Intolerância à atividade					
Anorexia					
Exaustão					
Imobilidade					
Equilíbrio comprometido					
Mobilidade comprometida					
Fraqueza muscular					

Vários: Género feminino					
Etnia diferente de caucasiano					
Espaço de vida restrito					
Alteração no funcionamento cognitivo					
A atividade física média diária é menor do que o recomendado para sexo e idade					
Economicamente desfavorecido					
Doença crónica					
Desnutrição					
Diminuição na concentração sérica de 25-hidroxivitamina D					
Disfunção regulatória endócrina (i.e., intolerância à glucose, aumento de IGF-1, andrógeno, DHEA, e cortisol)					
Resposta inflamatória suprimida (i.e., IL-6, CRP)					
Perda ponderal não intencional de 25% durante o espaço de um ano					
Medo de cair					
Baixo nível de escolaridade					
Hospitalização prolongada					
Déficit sensorial (i.e., visual, auditivo)					
Isolamento social					
Estilo de vida sedentário					
Diminuição na energia					
Diminuição na força muscular					
Sarcopenia					
Obesidade sarcopénica					
Obesidade					
Ansiedade					

Tristeza					
Depressão					
Isolamento social					
Vulnerabilidade social (i.e., falta de poder, diminuição do controlo de vida)					
Perda ponderal não intencional >10 libras (>4.5kg) num ano					
Deambular 15 pés requer >6 segundos (4 metros >5 segundos)					
Outro:					

**Legenda:** Destacou-se a cinzento o que ficou omissso no instrumento.

**Fonte:** Marques-Vieira CMA. Validação do diagnóstico de enfermagem impaired walking (00088) em idosos. Tese de doutoramento em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. 2017.

Grata pela sua participação!

## **Anexo 5. Cronograma**

Tarefas	Ano	2017										2018					
	Meses	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
<b>Fase Conceptual</b>																	
Escolha do tema e da questão preliminar																	
Revisão de Literatura																	
Elaboração de um quadro de referências;																	
Formulação de um Problema de investigação																	
Enunciado do objetivo																	
<b>Reunião com o orientador</b>																	
<b>Fase Metodológica</b>																	
Escolha do desenho de investigação																	
Definição de critérios de elegibilidade																	

Estratégia de pesquisa e identificação dos estudos	■	■													
Avaliação da qualidade metodológica dos estudos (RIL ou RSL)		■													
Extração de dados							■	■							
Síntese dos dados								■	■						
<b>Fase Empírica</b>										■					
Fase Pesquisa										■	■				
Análise dos artigos											■	■			
Interpretação dos resultados												■	■	■	
Discussão dos resultados (apresentação e defesa pública)													■	■	