

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**AS CONDIÇÕES HABITACIONAIS VERSUS QUEDA DOS IDOSOS - A
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

HOUSING CONDITIONS VERSUS FALL IN THE EDERLY - REHABILITATION NURSING

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Martins

Daniela Filipa Pedrosa Chamusca

Porto, 2019

O Homem descobre-se quando se mede com o obstáculo

Antoine de Saint-Exupéry

III

AGRADECIMENTOS

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, minha orientadora, pela dedicação, paciência e pela partilha de conhecimentos no desenrolar de todo o trabalho.

À minha amiga, Joana Capelo, presente em todos os percursos da minha vida, fonte de motivação e perseverança.

Aos meus pais, que sempre me apoiam em todos os projetos de vida e sempre me encorajaram a lutar por um futuro melhor.

Ao João Francisco, meu noivo, meu companheiro de vida, por sempre me presentear com o seu sorriso, incentivar e amparar em todos os momentos que a motivação vacilou.

A todos os amigos e colegas que de uma forma direta ou indireta, contribuíram, ou auxiliaram na elaboração do presente estudo, pela paciência, atenção e força que prestaram em momentos menos fáceis.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

ABREVIATURAS E SIGLAS

INE - Instituto Nacional de Estatística

DGS- Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

OMS - Organização Mundial de Saúde

UE - União Europeia

SNS - Sistema Nacional de Saúde

RESUMO

A enfermagem de reabilitação tem um novo desafio quando refletimos sobre os dados de saúde atuais, nomeadamente o envelhecimento da população. Em Portugal há um aumento exponencial da população idosa em todas as regiões do país, podendo passar dos atuais 2,1 milhões para os 3,3 milhões.

Face às condições epidemiológicas das pessoas idosas deparamo-nos com novas exigências de cuidados para fazer face a fenómenos com mais incidência, como as quedas. Torna-se importante estudar as condições individuais, psicológicas, sociais e ambientais para compreender o aumento deste evento.

Sabendo que a queda pode ocorrer por uma multiplicidade de fatores envolvidos, fomos compreender o evento de queda em idosos a viver em contexto familiar. Pretendemos analisar as condições habitacionais dos idosos e as circunstâncias em que ocorre o evento queda, integrando para isso o projeto +Saúde Famalicão, em desenvolvimento na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

A partir de um universo de 2461 idosos do Município de Vila nova de Famalicão, desenvolvemos um estudo de carácter descritivo e exploratório, com uma amostra de 661 casos, obtida a partir do critério de inclusão de ter registado pelo menos um evento de queda no último ano. A colheita de dados foi realizada através de um questionário.

A amostra é predominantemente do sexo feminino (76,2%), com idade compreendida entre os 70 e 79 anos (40,7%), sem escolaridade (56,1%), casados (51,0%) e cujo agregado é composto por 2 elementos (44,5%). Ao analisarmos o evento de queda verificamos que: os idosos habitam em casa própria (17,9%) e vivendas (12,1%); partilham o quarto (13,8%); apresentam mais de 5 degraus como acesso à habitação (13%); a habitação é composta por mais de 4 divisões (11,6%); relatam não ter recebido informação sobre a disposição do mobiliário na casa (13,8%), uso de tapete antiderrapante na banheiro/polibã (11,4%) e uso de acessórios de segurança na casa de banho (12,8%).

Através dos dados apresentados infere-se uma falta de informação por parte dos idosos sobre medidas preventivas, assim como uma necessidade de reajustamento da sua casa. Emerge assim a necessidade de uma reflexão sobre a correta implementação e posterior efetividade dos conjuntos de medidas preventivas de quedas existente em Portugal.

Palavras chave: Idoso; Acidente por quedas; Habitação; Estruturas de acesso; Enfermagem

ABSTRACT

Rehabilitation nursing has a new challenge when we think about current health data, specifically demographic aging. In Portugal there is an exponential growth in the elderly population in every region of the country, where it could go from current 2,1 million to 3,3 million.

In light of epidemiologic conditions of elderly people, we face new demands of care to respond to phenomena with more currencies, like falls. It becomes important to study the individual, psychologic, social and environmental conditions to understand the increase of this event.

Knowing that falls might occur due to of multiple factors, we studied the fall event in elderly, living in domestic context. We intend to analyse the housing conditions of the elderly and the circumstances in which the fall event occurs, incorporating the +Saúde Famalicão, a study that is being developed by Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

From a universe of 2461 elderly from Vila Nova de Famalicão, we developed an exploratory descriptive study with a 661-case sample taken from an inclusive criterium of having at least one fall episode in the last year. The data collection was done with a questionnaire.

The sample is predominantly from the female gender (76,2%), with ages between 70 and 79 years old (40,7%), without schoolings (56,1%), married (51%) and with a 2-adult household (44,5%). By analysing the fall event, we see that: the elderly live in their own house (17,9%); villas (12,1%); share a bedroom (13,8%); have more than 5 stair steps to access the house (13%); the house has more than 4 rooms(11,6%); the elderly didn't received any information about furniture disposition in their house (13,8%), the use of anti-slip mat in the bathroom/bathtub or the use of security accessories in the bathroom (12,8%).

From the presented data, we imply a lack of information about preventive measures from the elderly as well as a need of a readjustment of their house. A necessity of a reflection about a proper implementation and subsequent efficacy from the set of preventive fall measures that Portugal has arises.

Key words: Elderly; Accident by falls; Housing; Access structures; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
I PARTE - OS IDOSOS E AS QUEDAS: DETERMINANTES PARA A INTERVENÇÃO NO DOMICÍLIO	25
1. O idoso e o processo de envelhecimento.....	26
1.1. Os idosos e o fenómeno queda	28
1.2. Condições extrínsecas para um envelhecimento seguro	31
1.3. Medidas preventivas de quedas preconizadas em Portugal	33
2. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação como agente de mudança ...	36
2.1. Segurança dos idosos no domicílio: da intervenção segura ao envelhecimento ativo.....	38
II PARTE - PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	43
1. Perguntas de investigação	44
2. Universo e Amostra	44
3. Variáveis em estudo	45
4. Instrumento de colheita de dados	50
5. Procedimentos de colheita de dados e questões éticas	50
III PARTE- OS IDOSOS COM QUEDAS VERSUS CONDIÇÕES HABITACIONAIS	53
1. Características Sociodemográficas	53
2. Características de saúde	55
3. Condições habitacionais	58
4. Determinantes da queda.....	63
5. Quedas no domicílio: contributos para a compreensão do problema	69
CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	81
ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	83

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Áreas de intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio.....39

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Ambiente Seguro	40
QUADRO 2: Descrição da Variável Sociodemográfica	45
QUADRO 3: Descrição da variável saúde	46
QUADRO 4: Descrição da variável queda	47
QUADRO 5: Descrição da variável condições de habitação	48
QUADRO 6 :Descrição da variável informação de condições ambientais para a ocorrência de queda	49

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição da amostra por género	53
TABELA 2: Distribuição da amostra por idade	54
TABELA 3: Distribuição da amostra por escolaridade.....	54
TABELA 4: Distribuição da amostra por estado civil	54
TABELA 5: Distribuição da amostra por nº de filhos e agregado familiar	55
TABELA 6: Caracterização da auto percepção do risco de queda.....	56
TABELA 7: Distribuição da amostra por ocorrência de patologias.....	56
TABELA 8: Distribuição da amostra por presença de sintomas/manifestações	56
TABELA 9: Caracterização do tipo de habitação	58
TABELA 10: Caracterização da tipologia da habitação	58
TABELA 11: Caracterização do número de divisões da habitação.....	59
TABELA 12: Caracterização das divisões existentes na habitação	59
TABELA 13: Caracterização da partilha do quarto	59
TABELA 14: Caracterização do nº de degraus de acesso à habitação.....	60
TABELA 15: Caracterização da percepção de acesso às várias divisões da habitação.....	60
TABELA 16: Caracterização da localização casa de banho	60
TABELA 17: Caracterização da existência de local para tomar banho completo	61
TABELA 18: Caracterização da percepção da informação condições ambientais para a ocorrência de queda.....	61
TABELA 19: Caracterização da presença de dispositivo de alarme em caso de queda na habitação.....	62
TABELA 20: Caracterização do local de ocorrência da queda.....	62
TABELA 21: Distribuição da ocorrência de quedas por género.....	63
TABELA 22: Distribuição da ocorrência de quedas por idade	63

TABELA 23: Distribuição da ocorrência de quedas por tipologia de habitação	64
TABELA 24: Distribuição da ocorrência de quedas por habitação	64
TABELA 25: Distribuição da ocorrência de quedas por partilha de quarto	65
TABELA 26: Distribuição da ocorrência de quedas por nº de degraus de habitação	65
TABELA 27: Distribuição da ocorrência de quedas por percepção de acessibilidade de acesso dentro da habitação.....	66
TABELA 28: Distribuição da ocorrência de quedas por número de divisões da habitação ..	66
TABELA 29: Distribuição da ocorrência de quedas pela posição da casa de banho em relação à casa	67
TABELA 30: Distribuição da ocorrência de quedas pela existência de local para tomar banho completo	67
TABELA 31: Distribuição da ocorrência de quedas por percepção do risco de queda.....	68
TABELA 32: Distribuição da ocorrência de quedas por transmissão de informação sobre ..	69

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Representação da amostra de idosos com quedas	44
GRÁFICO 2: Distribuição do nº de quedas	55
GRÁFICO 3: Distribuição da amostra por percepção do estado de saúde	57

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população destaca-se mundialmente como uma temática de cariz emergente, importando repercussões a nível económico, social e de cuidados de saúde. O crescente número de pessoas com idade acima de 65 anos é observado anualmente em todos os países, incluindo Portugal, lado a lado com um aumento da esperança média de vida.

Nos últimos dez anos o índice de envelhecimento em Portugal aumentou 30%, estando situado em 2017 numa taxa de 152,3%, o que nos mostra que, por cada 100 pessoas com menos de 15 anos existiam aproximadamente 152 mil idosos (INE, 2018).

Ao envelhecer o indivíduo passa por transformações internas, ao mesmo tempo que é exposto a fatores externos, sociais, comportamentais e ambientais que, em conjunto, se tornam intimamente responsáveis pela maior propensão à ocorrência de sintomas/patologias, assim como ao declínio de funções cognitivas e motoras que levam muitas vezes a um maior risco de acidentes.

No relatório de Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes, no período de 2013-2015, foram registados 26681 acidentes domésticos, em que a maioria dos lesados associavam como causa do acidente o evento de queda (Alves e colaboradores, 2017). Na análise do mesmo relatório é possível constatar que a faixa etária de indivíduos acima dos 75 anos é onde são mais prevalentes os acidentes.

A nível mundial, aproximadamente uma em cada três pessoas, com 65 ou mais anos, sofrem um evento de queda a cada ano e, nas pessoas com mais de 80 anos, uma em cada duas sofre uma queda pelo menos uma vez no ano (Petridou e colaboradores, 2008). O aumento de frequência das quedas é proporcional ao aumento da idade do indivíduo (OMS, 2007).

O evento de queda está associado a diversos fatores de risco, sendo que esses são enquadrados na literatura em duas tipificações: intrínsecos e extrínsecos (Cabrita e José, 2013). Os fatores intrínsecos são considerados: a idade avançada, sexo feminino, poli medicação, doenças existentes, deficit visual, alteração cognitiva, entre outras que se constituem como alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento. Os fatores extrínsecos incluem a questão do meio social e do ambiente externo ao idoso, tais como a má iluminação, acessos, calçado inadequado, entre outros (Melo, Santos e Gratão, 2014). O ambiente domiciliário tem sido referido como o local de ocorrência de inúmeras quedas (Lopes, 2007; Lage, 2005).

O evento de quedas nos idosos assume-se como um dos principais tópicos de discussão de saúde pública, pelas repercussões físicas, sociais e económicas que acarreta. Após o evento de queda o idoso pode sofrer inúmeras consequências como perda de mobilidade, medo de cair novamente, isolamento social, necessidade de internamento hospitalar, entre muitas outras.

O enfermeiro assume um papel preponderante na abordagem deste fenómeno uma vez que se assume como o profissional de primeira linha em todas as vertentes dos cuidados. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação detém conhecimentos e capacidades que o tornam capaz de identificar e minimizar os riscos associados ao ambiente domiciliário do idoso, delineando planos de ação com o objetivo de prevenir a ocorrência de quedas.

Apesar da queda na maioria das suas vezes não poder ser avaliada apenas com ênfase num fator, o que pretendemos fazer nesta investigação é compreender o evento de queda em contexto domiciliário, através da análise das condições habitacionais e acessibilidade.

Pretendemos com o presente relatório demonstrar a aprendizagem sobre o processo de investigação, na particularidade da metodologia quantitativa, fazendo uma reflexão sobre o papel do enfermeiro de reabilitação como parte fulcral na intervenção do problema por nós abordado.

O trabalho encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte remete para o estado da arte, com o intuito de expor o conhecimento atualizado da literatura sobre a temática em estudo. A segunda parte abrange a investigação empírica e nela serão apresentados os dados necessários para o planeamento de trabalho de campo e na terceira parte será realizada a apresentação dos resultados e sua discussão.

Por fim, a conclusão do estudo pretende realçar os aspetos mais relevantes e significativos, as limitações surgidas e algumas sugestões futuras para investigação.

I PARTE - OS IDOSOS E AS QUEDAS: DETERMINANTES PARA A INTERVENÇÃO NO DOMICÍLIO

A longevidade foi, desde os primórdios da civilização, um objetivo ambicionado pela humanidade. Graças aos avanços da ciência e da tecnologia o aumento da expectativa de vida tornou-se uma realidade e pode ser considerado um fenómeno mundial (Soares, 2011).

Atualmente em Portugal a esperança média de vida à nascença situa-se nos 80,8 anos, um aumento de aproximadamente quatro anos desde 2000, segundo dados do INE publicados online na plataforma Pordata (Base de dados Portugal Contemporâneo).

A pessoa idosa é o indivíduo com 65 anos ou mais de idade (DGS, 2012). Se continuarmos num crescendo exponencial da esperança média de vida, como registado nos últimos anos, estamos perante um fenómeno mundial de envelhecimento demográfico.

Portugal é o quarto país da União Europeia (UE) com maior proporção de idosos, passando de 9,7% de pessoas idosas em 1970 para 20,3% em 2014 (INE, 2015). No mais recente estudo do INE de setembro de 2017 é expectável que até 2080 o número de idosos aumente de 2,1 milhões para 2,8 milhões, sendo ainda previsível um decréscimo do número de jovens, o que irá conduzir a um aumento do índice de envelhecimento de 148% para 317%.

Este crescimento da população idosa em todo o mundo despertou a preocupação com a conseqüente qualidade de vida destes indivíduos, pois não basta apenas viver muito, é necessário viver com qualidade (Soares, 2011). Torna-se urgente repensar os paradigmas associados ao envelhecimento, à habitação e aos cuidados de saúde. É fulcral percebermos como vivem estes idosos, que facilidade de acessos a cuidados de saúde e a recursos da comunidade possuem.

Em Portugal mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sozinhos ou na companhia de outro idoso, o que perfaz 60% da população idosa, um aumento de 28% nos últimos dez anos (INE, 2012). Este facto pode ser explicado pelo aumento da emigração, a desertificação dos jovens das aldeias para os grandes centros na procura de melhor qualidade de vida, deixando as suas primeiras gerações entregues a si próprios, a cônjuges ou irmãos. Os idosos a viverem sós (sozinhos ou com outros idosos) ocupam atualmente um total de 20% dos alojamentos habitados no nosso país (INE, 2012).

Uma das políticas emergentes na atualidade denominada *aging in place* aborda o envelhecimento e focaliza a sua discussão na compreensão das mudanças que ocorrem durante esta transição, quer no idoso como no seu ambiente envolvente, escolhendo a manutenção da pessoa no seu meio natural (domicílio) como preferencial, trabalhando possíveis dificuldades ao invés de propor mudanças de residência (Martin et al, 2012).

1. O idoso e o processo de envelhecimento

Com o desenvolvimento das ciências e tecnologias assistimos a um aumento da longevidade da nossa população, em que somos constantemente desafiados a viver mais. Mais importante que viver mais é assegurar a qualidade de vida da população em todos os seus anos de vida. Para este acontecimento torna-se fulcral falarmos do processo de envelhecimento da população e das suas repercussões, por forma a estarmos preparados para lhes dar resposta (Mari et al, 2016).

O processo de envelhecimento é um fenómeno que se inicia desde o momento da conceção, decorrendo ao longo de todo o desenvolvimento da vida, transversal a todos os indivíduos. Contudo, é quando atingimos a idade perto dos 60 anos que as alterações advindas deste processo se tornam mais evidentes.

O envelhecimento e o declínio das capacidades de cada indivíduo podem começar a dar sinais em diferentes idades, tendo em conta o estilo de vida, assim como, a maior ou menor predisposição para padecer de determinadas patologias ou perturbações (Carvalho, 2016). Com o decorrer do decurso de vida de cada indivíduo existe um conjunto de transformações físicas, emocionais e sociais passíveis de impor alterações marcantes no estilo de vida de cada indivíduo.

Múltiplas são as teorias sobre o envelhecimento, que foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas ao longo dos anos. Estas podem ser agrupadas em três grandes grupos: teorias biológicas, teorias psicológicas e teorias sociológicas, sendo que todas elas procuram explicar, descrever e/ou prever o envelhecimento (Cunha, 2016).

As teorias biológicas consideram que o indivíduo, no seu percurso de vida, experiencia três estádios distintos, que se sucedem se forma natural: crescimento e desenvolvimento, maturidade e por último, declínio.

Ao nível biológico, o envelhecimento é entendido como um percurso inevitável e irreversível que pode conduzir o indivíduo a uma situação de dependência e incapacidade, temporária ou permanente (Carvalho, 2016).

O idoso começa a aperceber-se do aparecimento de doenças agudas ou crónicas que acometem o declínio de múltiplos sistemas como: sistema visual, auditivo e vestibular; sistema nervoso central (SNC) e cardiovascular; sistema musculo esquelético e ósseo, sistema digestivo e endócrino (Esquenazi, Silva e Guimarães, 2014 e Carvalho 2016). Sinais como a diminuição da acuidade auditiva, diminuição da acuidade visual, sedentarismo (mobilidade reduzida), incontinência urinária, alterações na postura, alteração de equilíbrio e deformidades articulares (Dias, Ferreira e Ferreira, 2016) começam a surgir, podendo constituir-se como limitações e fragilidades da pessoa idosa. Os idosos relatam ainda, durante este processo, transformações como “perda de peso, redução da massa corpórea

(magreza), cabelos grisalhos, pele enrugada, diminuição ou perda da acuidade auditiva, redução da amplitude da caixa torácica, perda e desgaste dos dentes, redução da mobilidade intestinal, enfraquecimento da musculatura vesical” (Veras et al, 2015, p.114).

As teorias psicológicas procuram descrever as mudanças ocorridas no funcionamento psicológico do indivíduo e as teorias sociológicas as alterações nos papéis sociais, provenientes das transições de vida que ocorrem durante o ciclo de vida (Cunha, 2016).

Com o inúmero conjunto de mudanças e alterações a nível físico, psíquico e social, o idoso torna-se mais suscetível a fragilidades psicológicas e desequilíbrios emocionais, uma vez que apesar da vida ser continuamente uma batalha entre ganhos e perdas, esta etapa caracteriza-se por um maior número de perdas: perda do trabalho, da remuneração, possibilidade de perda do cônjuge, diminuição de grupo de amigos, entre outras (Carvalho, 2016). A diminuta sensação de utilidade para com a sociedade acarreta um isolamento social, fragilidade mental e conseqüentemente física para os idosos.

Não há muitos anos atrás o idoso era sinónimo de sabedoria, de transmissão de conhecimentos e capacidades, de segredos para enfrentar o mundo, de tranquilidade e de sentimento que “tudo vai correr bem”. Com o passar dos anos muitas são as pessoas que não partilham desta visão, e muitos são os idosos que já não se sentem capazes de assumir este papel (Cunha, 2014).

A velhice surge muitas vezes associada a sentimentos de isolamento, frustração, solidão, morte. Muitos são os indivíduos, que após a cessação da sua prática laboral, perdem contacto com o grupo de amigos /colegas, sucumbindo a sentimentos de tristeza e não pertença (Rosa, 2012).

Contudo, numa visão positiva do envelhecimento a pessoa sente que lhe foi permitido o privilégio de chegar a idade avançada, para poder desfrutar da concretização de sonhos ainda não alcançados, sentindo-se mais capazes para enfrentar obstáculos, pela acumulação de experiências e saberes (Rosa, 2012).

Durante o processo de envelhecimento, cada ser humano age, pensa e sente de modo distinto.

O envelhecimento é influenciado pela história de vida pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, das redes sociais, do sistema de valores pessoais e do estilo de vida adotado por cada idoso (Veras et al, 2015). A transição para esta etapa da vida do indivíduo pode ou não acontecer de forma saudável, dependendo da capacidade que o idoso tem para manter equilíbrio entre as suas potencialidades e as limitações.

O enfermeiro, sendo o profissional de saúde presente ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, deve procurar compreender como o próprio idoso se autodescreve e autoperceciona no seu próprio processo de envelhecimento, em busca de respostas que o

possam auxiliar no planeamento de propostas e/ou estratégias direcionadas a preparar/acompanhar o idoso no seu envelhecimento.

1.1. Os idosos e o fenómeno queda

Ao olharmos para a evolução demográfica ocorrida até à atualidade é perceptível a necessidade emergente de repensar políticas direcionadas à crescente faixa etária dos idosos, numa esfera de avaliação social e do contexto no qual estão inseridos (Pereira et al, 2013). Com esta preocupação em mente, em 2008 a OMS publicou um documento com resultados de levantamento de dados sobre as principais dificuldades enfrentadas por idosos de 39 cidades do mundo, sendo que de entre inúmeras particularidades do dia a dia a que foi notoriamente mais presenciada como sendo a que constitui um sério perigo para as pessoas desta faixa etária foi a queda.

A queda é assumida como um dos principais eventos inibidores de um envelhecimento saudável. Esta pode ocorrer devido a fatores biológicos, doenças e/ou causas externas (Fabricio,2004) sendo reconhecidos como entre os principais fatores de risco: a existência de quedas anteriores, a medicação e os distúrbios da força, da marcha e do equilíbrio (Santos e Figueiredo, 2019).

A queda é caracterizada por um “deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade” (Pereira, 2013, p. 3508).

Além da definição já acima apresentada, autores como Soares (2011) e Carvalho (2012) acrescentam ainda que esta pode ocorrer com ou sem perda de consciência. A bibliografia defende que deve existir uma tentativa de perceber se a perda de consciência está na origem da queda ou se resultou de uma consequência da mesma.

Segundo Amorim (2018) quando abordamos definições do evento de queda que incluam na sua designação as tonturas e perda de consciência, estas apenas se tornam apropriadas para abordar causas cardiovasculares e neurológicas, tais como síncope, hipotensão postural e acidentes isquémicos transitórios. Contudo, em muitas situações a perda de consciência ocorre como consequência da queda, na maior parte das vezes associada a traumatismos crânio-encefálicos, hematoma subaracnoide/subdural e acidente vascular cerebral hemorrágico e/ou isquémico (Luzia et al, 2019).

A queda, na pessoa idosa, é abordada como um problema major na saúde pública, devido às elevadas repercussões que apresenta para o idoso a nível físico e emocional, traduzindo atualmente altas taxas de mortalidade e morbidade (Santos e Figueiredo, 2019).

Segundo a OMS, em 2007, 28% a 35% de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos caem anualmente (Bizerra et al, 2014), percentagem que ao longo destes anos se mantém atual, e que tem sido descrita em diversos países da UE (Dias, Ferreira e Ferreira,2016).

A OMS relata ainda que as pessoas com mais de 70 anos, principalmente do sexo feminino, apresentam taxas de mortalidade associadas a quedas superiores às pessoas mais jovens, associando este fenómeno à diminuição da força muscular, à osteoporose, à prevalência de doenças crónicas e a uma maior restrição à vida doméstica (Santos e Figueiredo, 2019).

A DGS em 2008 afirma que de entre os acidentes domésticos vivenciados pelos idosos a queda representa 76% entre os 65-74 anos e 90% no grupo etário com mais de 75 anos. Nesta mesma publicação da DGS, no âmbito das comemorações do dia internacional do idoso, é de referir que em 2003 na UE ocorreram cerca de 40.000 mortes de idosos devido a quedas, sendo que a partir dos 80 anos a taxa de mortalidade foi seis vezes superior. A prevalência de queda está também descrita como 14 vezes superior nos idosos com idade compreendida entre 75 a 84 anos, que necessitam de ajuda parcial nas atividades de vida diária (Soares, 2011).

Estima-se que todos os anos cerca de 30% das pessoas idosas sofram, pelo menos, uma queda, número que aumenta para 32% a 42% em pessoas com mais de 70 anos e cerca de 50% para pessoas com mais de 80 anos (Santos e Figueiredo, 2019).

A frequência de quedas em idosos é menor nos países orientais, onde cerca de 15% caem uma vez ao ano e apenas 7,2% caem de forma recorrente, comparado com os países ocidentais onde aproximadamente 30% dos idosos sofrem uma queda no mínimo uma vez ao ano, e cerca de metade sofre duas ou mais quedas (Miranda, Mota e Borges, 2010).

A alta taxa de prevalência de quedas em idosos traduz-se em consequentes aumentos do índice de mortalidade ou morbidade. As quedas constituem dois terços das mortes acidentais nesta faixa etária e concorrem para uma elevada taxa de complicações: lesões dolorosas de partes moles, fraturas trocântéricas, fraturas de punho, traumatismo craniano e queimaduras com água quente secundárias a quedas em banheiras (Abrams e Berkow, 1995).

Das complicações mais frequentes, a fratura trocântérica é a mais significativa ocorrendo em cerca de 2% das quedas analisadas (Soares, 2011), sendo que o autor descreve que 25% morrem dentro de um ano, 15% são institucionalizados e 60% nunca recuperam o nível funcional prévio. Além das consequências funcionais para a pessoa, a necessidade de internamentos, na sua maioria prolongados, traduz-se em aumento de custos hospitalares. Em Portugal, estima-se que o custo hospitalar de cada internamento por fratura da extremidade proximal do fémur tenha o valor médio de €4.100. Na Europa ocorrem 2,7 milhões de fraturas, por ano, com um custo de 36 mil milhões de Euros (DGS, 2012).

Além das complicações visíveis e palpáveis, existe a ocorrência de alterações menos óbvias, o trauma psicológico e emocional vivenciado pelo idoso que poderá traduzir-se em diminuição de autoestima e autoconfiança, que aliado ao medo de cair assumem-se como fatores debilitantes e capazes de aumentar a imobilidade protetora e conseqüentemente o risco de cair (Soares, 2011).

A etiologia das quedas nos idosos é multifatorial, sendo fundamental que haja uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em compreender os motivos que levam os idosos a cair, de forma a modificá-los, minimiza-los ou anulá-los (Carvalho et al, 2012).

Os fatores motivadores de queda são classificados como intrínsecos e extrínsecos (Freitas et al, 2011; Dias, Ferreira e Ferreira, 2016).

Os fatores intrínsecos são aqueles decorrentes de mudanças biológicas, inerentes ao processo de envelhecimento, acarretando mudanças anatômicas e fisiológicas, que se sabem diretamente relacionadas com o aumento de risco de queda. As alterações fisiopatológicas e as doenças crônicas são aqui englobadas, pelas alterações que causam nos diferentes aspectos biológicos e funcionais do indivíduo, capazes de provocar um efeito direto no aumento de quedas (Esquenazi, Silva e Guimarães, 2014).

Os fatores extrínsecos relacionam-se com circunstâncias sociais e ambientais. Estes reportam para perigos ambientais que são encontrados pelos idosos no seu dia a dia e que potencializam o risco de queda.

Dentro dos perigos encontrados em casas de idosos podemos destacar a má iluminação, tapetes soltos ou com as pontas dobradas, casas de banho mal equipadas, superfícies escorregadias, calçado inadequado, escadas sem corrimões, degraus da escada com altura ou largura irregulares, degraus sem sinalização de término, escadas com piso muito desenhado (dificultando a visualização de cada degrau), banheiras, objetos espalhados no chão, piso irregular na área de acesso à casa, mobiliário de difícil acesso (uso de escadotes, cadeiras ou bancos para aceder a arrumação), ambientes desorganizados com móveis fora do lugar, móveis baixos ou móveis instáveis ou deslizantes; cadeira, camas e vasos sanitários muito baixos; cadeiras sem braços (Dias, Ferreira e Ferreira, 2016; Soares, 2011; Luz et al, 2013).

Este conjunto de problemas elencados constituem um verdadeiro desafio para os idosos que na sua maioria passam o dia em casa e que dependem da segurança do seu domicílio para realizar desde as atividades mais simples às mais complexas. É nas tarefas mais básicas como caminhar, subir ou descer escadas, ir à casa de banho, sentar e levantar que acontecem a maioria das quedas nesta faixa etária (Carvalho et al, 2012).

É visível a necessidade de uma intervenção precoce por parte dos enfermeiros de reabilitação, no sentido de minimizar estes riscos assim como potencializar/manter a

capacidade física e cognitiva dos idosos, educando-os para a saúde sobre esta temática no sentido de os ajudar a vivenciarem um envelhecimento seguro na sua própria casa.

Além das questões ambientais relacionadas com o domicílio e a comunidade, a questão da medicação assume-se também como um fator de risco, uma vez que esta pode influenciar o *deficit* da estabilidade postural, como é o caso de medicamentos diuréticos e anti-hipertensivos, contribuindo para a alta prevalência de quedas nessa população (Esquenazi, Silva e Guimarães, 2014).

Apesar da divisão dos fatores de risco para o evento de queda em dois grandes grupos, estes inter-relacionam-se e afetam-se mutuamente, sendo que na maioria das quedas está presente uma complexa interação ente fatores intrínsecos e ambientais. Contudo a bibliografia reporta-nos que cerca de 40% das quedas envolvem algum tipo de interação com um ambiente perigoso, elencando os fatores ambientais como os que mais proporcionam risco de queda (Luz et al, 2013).

Dessa forma a identificação destes fatores beneficiaria para o esclarecimento deste fenómeno que é identificado como um problema de saúde pública, capacitando e motivando os profissionais a desenvolverem intervenções na área da prevenção, em contexto do domicílio de cada idoso, devidamente identificado pela sua comunidade.

1.2. Condições extrínsecas para um envelhecimento seguro

Em Portugal, verifica-se que 15% dos acidentes domésticos ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, sendo que a grande maioria ocorre em casa (> 65%) (ADELIA, 2005).

A queda é o acidente mais frequente entre a população idosa. Aproximadamente um terço dos idosos que moram na sua própria casa sofrem um evento de queda por ano (Miranda, Mota e Borges, 2010). As condições extrínsecas assumem um papel de extrema relevância quando nos debruçamos sobre a prevenção deste fenómeno nos idosos. É necessário uma correta identificação e avaliação dos perigos ambientais que os idosos enfrentam dentro do seu próprio meio, por forma a eliminá-los ou minimizá-los, proporcionando um ambiente seguro para o envelhecimento (Soares, 2011).

Com o avançar da idade, o idoso torna-se cada vez mais ligado à sua habitação, quer pelas questões emocionais, por ser onde construiu a sua vida, viu os filhos crescerem e os netos brincarem, quer pela sensação de segurança/independência que aquele ambiente familiar lhes proporciona. A permanência do idoso no seu meio natural permite ainda a prevalência das suas vivências com a comunidade, tais como vizinhos, centro de dia, igreja, mercado que faz as compras diariamente.

A permanência no seu domicílio permite uma continuidade destes sentimentos de família, pertença e segurança, ao longo da vida do idoso, facilitando/encorajando a subsistência da sua independência funcional e social. Para que isto seja possível, é necessário a existência de um conjunto de fluxos equilibrados entre recursos biológicos, comportamentais, sociais, físicos e ambientais que potencializem os padrões de bem-estar, saúde e funcionamento da pessoa (Martin et al, 2012).

Sendo a permanência do seu domicílio um dos pontos fundamentais na promoção de um envelhecimento saudável é necessário que os enfermeiros de reabilitação estejam atentos às condições habitacionais e do meio envolvente em que o idoso está inserido, de forma a despistarem atempadamente possíveis riscos que possam comprometer a qualidade de vida do idoso.

A União Europeia apresenta um conjunto de indicadores de forma a auxiliar os profissionais na análise do ambiente do idoso. A existência de água canalizada, casa de banho com sanita e chuveiro (ou banheira), e cozinha equipada de forma a permitir confeção alimentar em casa são os mais representativos quando nos focamos na avaliação da capacidade de manutenção da vida do idoso no seu domicílio (United Nations, 2006). De uma forma mais indireta a existência de televisão e telefone funcionais assumem um papel importante na avaliação da manutenção de bem-estar e segurança, na medida em que se tornam veículos de comunicação com o exterior. Ainda no mesmo documento são descritos como igualmente importantes o número de divisões existentes na casa, a localização da casa e as condições de acesso ao exterior.

Quando tentamos procurar informação bibliográfica sobre como os idosos vivem em Portugal, e quais os estudos desenvolvidos nesta área, verifica-se uma escassez de fontes, sendo que as existentes contam já com alguns anos de publicação o que pode trazer dados ligeiramente diferentes da realidade atual.

Em 2011 o INE publica que 18,98% das habitações apresentam um valor de renda mensal inferior a 50 euros estimando assim que representem na sua maioria situações de casa já antigas e precárias, provavelmente habitadas por idosos com rendimentos baixos e que habitam sozinhos ou com outros idosos. A maioria dos idosos permanece na sua casa de longa data, própria ou arrendada, sem renovações ao longo dos anos, colocando-os em situações de risco pela inexistência de condições básicas como casa de banho, água canalizada e instalação de banho (INE, 2001).

Os idosos deparam-se diariamente com ambientes inseguros, dificultando a sua acessibilidade a recursos da comunidade e mobilidade na sua própria habitação (entre divisões e ao acesso a jardins).

São inúmeras as situações de precariedade habitacional entre a população idosa caracterizadas por: habitações no terceiro andar ou superiores, com acesso exclusivo por

escadas; escassa existência de materiais como máquinas de lavar roupa, sistemas de aquecimento habitacional e instalação de gás; presença de pisos e degraus sem condições mínimas de segurança; escadas sem corrimões de ambos os lados; banheiras/polibãs e sanitas sem barras de apoio; prevalência de obstáculos que dificultam a deslocação (Martin et al, 2012).

As condições habitacionais apresentadas, que se assumem como a realidade de inúmeros idosos, constituem ambientes de risco culminando na sua maioria em acidentes domésticos que acarretam comorbilidades para o idoso.

1.3. Medidas preventivas de quedas preconizadas em Portugal

A prevenção de quedas é encarada no panorama mundial como um indicador de qualidade em saúde.

No âmbito do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é visado uma melhoria continua da prestação de cuidados integrados à pessoa, assumindo como um dos objetivos estratégicos a prevenção de ocorrência de quedas (Despacho n.º 1400-A/2015).

Nesta área o Enfermeiro de Reabilitação é fundamental, pois a evidência demonstra que as estratégias de prevenção da queda, consistem em programas multidimensionais que, além de englobar o treino de força muscular, do equilíbrio corporal e da marcha, identifiquem e eliminem ou minimizem o efeito dos fatores de risco identificados (Fernandes, 2018).

Quando nos debruçamos nos fatores extrínsecos, a população idosa apresenta das piores condições habitacionais atuais. A negligência habitacional está diretamente relacionada com o aumento do número de quedas nos idosos, pela acumulação de perigos dentro do seu ambiente.

Desta forma consideramos importante perceber o que existe neste momento preconizado em Portugal como medidas preventivas de quedas, diretas ou indiretas. Conseguimos encontrar vários programas/projetos/manuais sendo uns mais direcionados à reabilitação da casa (apoios financeiros) e outros mais educativos, procurando capacitar os idosos e a sua família na criação de um ambiente seguro, capaz de diminuir o risco de queda.

No município de Vila Nova de Famalicão, foi criado em 2005 o programa Casa Feliz, em que é concebida uma ajuda financeira de até cinco mil euros, a famílias com escassos recursos económicos, dando-lhes a possibilidade de reabilitar a sua casa, proporcionando assim as condições mínimas ao bem-estar. Em 2012 o programa foi também alargado no sentido de auxiliar as famílias com apoio ao pagamento da renda de habitações alugadas.

Numa linha de pensamento ainda a incidir na reabilitação urbana, surge o Programa de reabilitação habitacional e intervenção social (RHIS) desenvolvido pelo Grupo de Ação Social do Porto em 2011, que visa trabalhar de forma integrada as condições de habitação e os problemas sociais que afetam a vida dos idosos na cidade do Porto.

Este projeto pretende melhorar a qualidade de vida dos idosos, através do acompanhamento de proximidade (intervenção social) e através de pequenas obras/ações (intervenção habitacional/física), de baixo custo, que representem uma melhoria significativa das condições da habitação dos idosos recorrendo, maioritariamente, à mão de obra voluntária. Associado a estas medidas o programa engloba também um Manual de boas práticas sobre “Organização, Adaptação e Manutenção da Habitação do Idoso” em que através de imagens é mostrado ao idoso/familiar soluções simples para eliminar possíveis perigos do domicílio.

Numa parceria da DGS com a OMS, foram criados os Planos Locais de Ação em Habitação e Saúde (PLAHS). Estes assumem-se como uma ferramenta que dá aos municípios suporte na identificação e acesso às características das condições de habitação locais que são potencialmente prejudiciais à saúde dos residentes.

Estes planos permitem direcionar as políticas de habitação, no sentido de ir ao encontro das principais carências manifestadas pela população. Aquando a sua criação, foi compilado um guia para a elaboração dos projetos de habitação e saúde, que fornece informação para a preparação do projeto, recolha e análise de dados e opções políticas para o colocar em marcha, assim como uma serie de considerações a ter em conta na análise da habitação e saúde da população. Entre outros tópicos igualmente importantes, este guia possui uma ficha técnica dedicada aos Acidentes domésticos - prevenção de quedas nos idosos (DGS, 2009).

Numa vertente já mais educativa são mais as medidas existentes sobre este tema, onde surge a elaboração de manuais digitais e/ou em papel, assim como programas de apoio e orientação sobre eliminação de barreiras/perigos ambientais e a conceção de um ambiente seguro.

A 8 de agosto de 2006 o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social emite em Diário da República o decreto de lei nº 163 com a aprovação do regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais. Apesar de não ser uma medida que promova mudanças diretas, ele fornece informações importantes sobre medidas que facilitam a reestruturação de estruturas/mobiliário no domicílio, capazes de auxiliar os enfermeiros de reabilitação na reorganização habitacional dos idosos (Decreto de Lei Número 163/2006).

No ano seguinte, o Instituto Nacional para a Reabilitação criou o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade. Este pretende sensibilizar, informar e formar a população acerca de medidas para proporcionar às pessoas com mobilidade condicionada ou dificuldades

sensoriais, a autonomia, a igualdade de oportunidades e a participação social a que têm direito como cidadãos. O plano definiu inúmeras medidas de implementação, de entre as quais: a elaboração de um guia de recomendações para a inclusão das questões do design universal nos currículos das universidades, escolas superiores e técnicas, públicas e privadas e a realização de um programa de informação dirigido às câmaras municipais sobre as Normas Técnicas de Acessibilidade ao meio edificado público, habitacional e via pública (Instituto Nacional de Reabilitação, 2007).

É visível em ambas as medidas uma preocupação na educação e formação da população sobre a temática da acessibilidade. Tendo por base a reformulação de espaços públicos ou habitacionais é ambicionado garantir a autonomia do cidadão com dificuldades de mobilidade, em todas as vertentes do seu dia a dia. O idoso, pelas inúmeras transformações fisiológicas que já analisamos acima, em muito usufrui destas medidas, uma vez que pelas limitações de mobilidade fica muitas vezes condicionado ao seu espaço habitacional, sendo este em muitos casos repleto de constrangimentos à sua autonomia.

No âmbito das comemorações do Dia Internacional das Pessoas Idosas, em 2008, foi publicada pela DGS um guia de Prevenção Dos Acidentes Domésticos Com Pessoas Idosas, que consiste num conjunto de recomendações em que estão salientados os fatores de risco de quedas e indicações para manter a casa segura, especificando as diferentes preocupações a ter com cada divisão (DGS, 2008).

Mais tarde surge o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (DGS, 2010), assumindo como objetivos: promover a segurança e prevenir os acidentes não intencionais, melhorar a intervenção de emergência e garantir respostas de qualidade e serviços integrados para as vítimas de lesões e traumatismo.

No âmbito do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes surge em 2012 o projeto COM MAIS CUIDADO: prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas, onde é promovida a partilha e divulgação de informação, a formação dos profissionais de saúde e a melhoria do acesso a materiais pedagógicos sobre promoção da segurança e prevenção dos acidentes com pessoas idosas (DGS, 2012).

No seguimento deste projeto existe a disponibilização, sem custos, do seguinte material pedagógico de informação, sensibilização e formação (atualmente sem acesso online):

- Riscos Domésticos entre os Idosos: Guia de Prevenção para pessoas idosas;
- Riscos Domésticos entre os Idosos: Guia de Prevenção destinado a profissionais;
- CD-ROM sobre acidentes domésticos e forma de os prevenir baseado em situações reais.

No mesmo seguimento de pensamento, em 2016 nos Açores, a equipa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, em que faziam parte dois enfermeiros de reabilitação

elaboraram um Guia prático ilustrado, intitulado Manual do Cuidador: Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio. O manual apresenta como índice os tópicos: fatores de risco; complicações das quedas; prevenção de quedas: o exercício físico, manter a segurança do meio; em caso de queda o que fazer (Diogo e Moura, 2016).

Mais recentemente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2017) lança o Audiolivro Tropeções, quedas e trambolhões. Este é composto pelos capítulos: Saber: o problema das quedas; Saber: Casa Segura; Saber: Saúde; Saber: Atividade física; Saber: Medicação; Saber +: outros portais e vídeos; Literatura científica; Saber Melhor: Concurso; Exercícios.

O livro pode ser consultado online onde dispõe de componente áudio e visual, com inúmeros vídeos nos diferentes capítulos e hiperligações que remetem para problemáticas mais específicas de forma a ajudar o idoso, ou quem o consulte a perceber melhor determinado assunto.

Ao longo da leitura são abordados temas importantes, abordados também aqui por nós como os fatores de risco para a queda, ajudando o idoso a refletir numa serie de itens de forma a perceber se tem risco de cair, medidas preventivas, seja elas através do fortalecimento físico ou da eliminação de perigos ambientais no seu domicílio.

A grande questão que emerge na análise das várias medidas exploradas é a acessibilidade dos idosos a este material. Grande parte destes guias educativos estão disponíveis em formato digital, dependendo a sua consulta da existência de um computador e internet.

Pelas características de habitação dos idosos em Portugal vimos que há ainda uma percentagem relevante que vive em condições precárias, muitos são também aqueles que não tem o ensino básico, pelo que podemos presumir a dificuldade dos mesmos na acessibilidade a estes conteúdos. Essa parcela de idosos fica dependente de outros (família ou profissionais de saúde) para a receção da mensagem, tornando-se imperativo aqui o papel do enfermeiro na identificação dos idosos em cada região. Apenas o conhecimento real da situação de vivencia de cada idoso irá permitir ao enfermeiro traçar um plano detalhado de intervenção habitacional.

2. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação como agente de mudança

A população idosa ocupa cada vez mais uma percentagem avassaladora, sendo um dos principais clientes em necessidade do trabalho dos profissionais de saúde. Torna-se cada vez mais importante assegurar que envelhecem com qualidade e segurança, num meio adaptado às limitações que o envelhecimento vai impondo (Carvalho e colaboradores, 2012).

Tal como vimos anteriormente uma grande área problemática e que coloca em risco o envelhecimento saudável são as quedas, quer devido à sua alta incidência nesta faixa etária,

mas também devido às consequências físicas e psicológicas experienciadas pela pessoa idosa assim como os custos de saúde que acarretam para o SNS, sendo um problema de major impacto social e económico (Pereira et al, 2013).

Após o evento de queda, a pessoa idosa pode passar por uma fase transitória ou definitiva de redução da autonomia, tornando o idoso dependente de cuidados de terceira pessoa. Num estudo de Freitas e colaboradores (2011) estes perceberam, através de relatos de idosos e seus familiares, que há um aumento da dependência para a realização das atividades de vida diária: deitar/levantar-se da cama, caminhar, tomar banho, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte público e subir escadas. É importante que tenhamos como objetivo diminuir o alto número de quedas nesta faixa etária, evitando uma maior dependência, morbidade e mortalidade dos idosos.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 surge como objetivo estratégico a Prevenção da Ocorrência de Quedas, em que é esperado que no fim do ano de 2020 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham implementado práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas e que o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionados tenham decrescido 50% em cada ano, face ao ano anterior (Despacho n.º 1400-A/2015).

É necessário identificar as pessoas em risco, avaliar de forma minuciosa o evento de queda e os fatores de risco presentes, para que os profissionais de saúde sejam capazes de planear intervenções dirigidas aos múltiplos fatores de risco e moldadas a cada indivíduo/situação, para que estas se tornem estratégias de prevenção, reorganização ambiental e de reabilitação funcional (Alves et al, 2013; Luz et al 2013). Num estudo de Luz e colaboradores (2013) estes defendem que esta necessidade interventiva deve ser orientada por profissionais de saúde que estejam em registo de trabalho ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Neste ambiente de prestação de cuidados muitos são os profissionais ao dispor da população, capazes de prestar assistência nas várias vertentes da sua vida, contudo quando falamos numa ação específica junto do idoso e no seu próprio ambiente, o enfermeiro de reabilitação surge como o profissional de excelência, pelos seus conhecimentos e competências de intervenção nas diferentes variáveis envolvidas.

O enfermeiro de reabilitação tem como competência específica “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, sendo assim capaz de promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social através da identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto da vida da pessoa (Regulamento nº125 de 2011).

De acordo com a EUNESE (European Network for Safety among Elderly) uma prática de enfermagem baseada na evidencia, com intervenções direcionadas a modificar e/ou anular

fatores de risco previamente identificados, é capaz de reduzir o episódio de queda em cerca de 38% (DGS).

Torna-se crucial apostar na enfermagem de reabilitação em casa das pessoas através de visitas domiciliárias, pois muitos destes idosos continuam sem estar sinalizados como vulneráveis de cair, ou por não saírem de casa de encontro ao profissional de saúde ou por serem ainda ativos e muitas vezes não perceberem os riscos inerentes à realização das tarefas no seu dia a dia.

2.1. Segurança dos idosos no domicílio: da intervenção segura ao envelhecimento ativo

Sendo a queda um evento de causa multifatorial o enfermeiro de reabilitação deve ter a sua atenção em promover um ambiente seguro, atendendo paralelamente aos hábitos e atitudes de cada idoso.

Quando dirigimos a nossa ação com vista a trabalhar questões relacionadas com o ambiente dos idosos devemos ter como metas: otimização do domicílio, auxiliar o idoso e família a organizar o espaço, facilitar a execução das tarefas diárias, prevenir quedas e acidentes, promover autonomia e independência (Soares, 2011). Contudo quando debatemos estas questões devemos sempre ter em mente que vamos trabalhar não apenas na modificação de uma estrutura, mas sim de um lar, cheio de memórias e ainda de esperanças, devendo por isso sermos cautelosos em todo este processo de proposta de mudança, influenciado por questões de gosto pessoal e também financeiras.

Quando falamos em criar um ambiente seguro, referimo-nos a otimizar um espaço edificado para que este seja, em toda a sua extensão, promotor de prevenção de quedas na pessoa idosa. Para isso o enfermeiro deve focar a sua atenção em todos os fatores que sabe contribuir para este evento, de forma isolada e de forma geral enquanto organização das diferentes áreas da casa.

Como podemos ver na figura 1 (página seguinte), a ocorrência de queda está diretamente relacionada com fatores extrínsecos passíveis de serem modificados ou eliminados. Numa vertente major da reabilitação habitacional estão as diferentes divisões da casa, que necessitam que a sua organização promova um fluxo equilibrado de energia que permita ao idoso sentir-se seguro dentro do seu próprio meio.

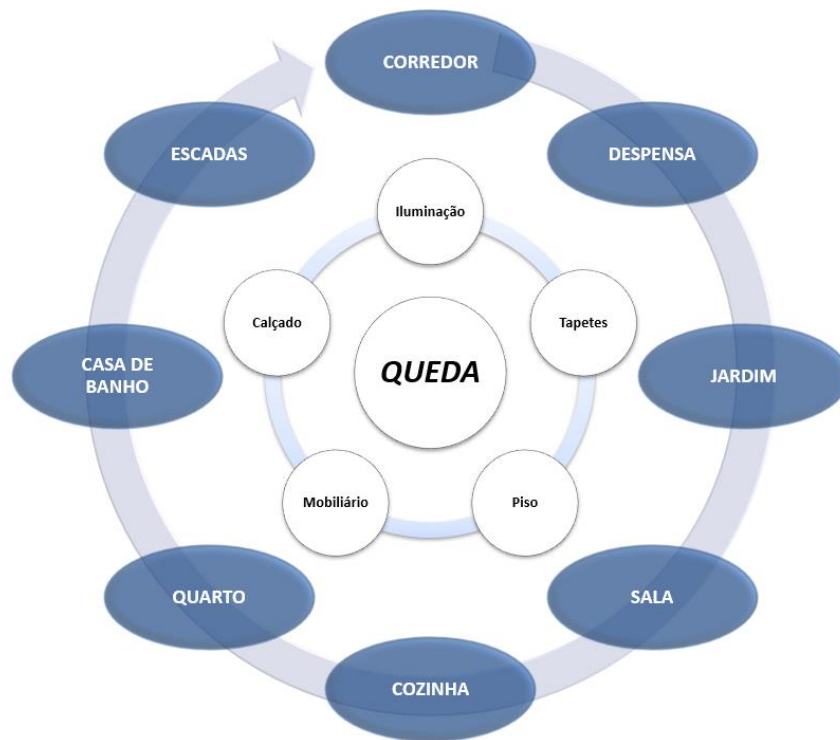


Figura 1: Áreas de intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio

A intervenção do enfermeiro deve começar por permitir ao idoso o fácil acesso às diversas divisões e circulação dentro das mesmas, para isso deve existir iluminação adequada em toda a casa, com interruptores de fácil acesso, instalação de luzes de presença no quarto, casa de banho e cozinha, existência de piso seco, fosco, livres de ondulações e antiderrapante, se necessário instalação de corrimão de apoio em todas as paredes da casa, os móveis devem ser fixos, estáveis e sem quinas, remover tapetes apenas com fins decorativos, promover uso de calçado fechado e antiderrapante (Alves et al, 2013).

No que concerne ao conjunto de intervenções passíveis de serem realizadas de forma individual nas diferentes divisões da casa, inúmeros são os aspetos passíveis de serem melhorados no domicílio da pessoa idosa e estão bem demonstrados na literatura atual, nas normas da DGS e decretos de lei existentes. Por forma a sintetizarmos as ideias que devem estar presentes aquando a reabilitação domiciliária, para cumprir os critérios de um ambiente seguro, decidimos agrupá-las no quadro apresentado de seguida (quadro 1).

Quadro 1: Ambiente Seguro

DIVISÃO	CHECKLIST DE AMBIENTE SEGURO
QUARTO	<ul style="list-style-type: none"> • cama deve estar entre 45 a 50cm do chão • mesinha de cabeceira deve ser 10cm mais alta que a cama e fixada no chão ou parede (em caso de servir de apoio de levantar) • colocação de cadeira/sofá para auxílio no vestir/despir
CASA DE BANHO	<ul style="list-style-type: none"> • preferencialmente box de duche com largura mínima de 80cm, com piso antiderrapante e barras de apoio, com desnível máximo de 1,5cm em relação ao restante piso • se houver espaço pode ser colocada banheira (se preferência do idoso) com piso antiderrapante e também com barras de apoio - avaliar necessidade de banco de apoio • porta toalhas próximo da saída do banho • sanita deve estar colocada a 45-50cm do solo • o lavatório deve estar a 80cm do solo
COZINHA	<ul style="list-style-type: none"> • importante a existência de espaço de circulação • objetos mais leves e pouco utilizados guardados nos armários superiores • gavetas com fácil abertura e travão de segurança • zonas de apoio para alimentos junto aos diferentes equipamentos • pia/bancada à altura de 80cm
SALA	<ul style="list-style-type: none"> • ambiente livre de objetos que possam ser obstáculos à livre circulação • sofás/poltronas/cadeiras com altura média de 50cm, braços laterais, densidade moderada, profundidade de 70cm • mesa de apoio com altura média de 60cm • estante da TV bem fixada • mesa de jantar com altura de 75cm, sem tapete por baixo e utilizar cadeiras sem braço • evitar uso de tampos de vidros na estante/mesa de apoio
JARDIM	<ul style="list-style-type: none"> • acesso fácil, sem barreiras • criação de opções de jardinagem sentado
DESPENSA	<ul style="list-style-type: none"> • prateleiras fixas, de madeira • colocação de materiais mais utilizados/pesados a nível da visão
CORREDOR	<ul style="list-style-type: none"> • Livre de obstáculos e bem iluminado • Se existência de mobiliário deve estar fixo à parede ou chão • Sem tapetes
ESCADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Com corrimão de apoio bilateral • Sem carpetes e piso devidamente preservado, antiderrapante

Fonte de pesquisa: Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de agosto

Ao caminhar para o envelhecer é difícil o processo de consciencialização, por parte dos idosos, de que não possuem mais a mesma força, mobilidade, agilidade, e o que outrora faziam sem qualquer dificuldade constitui agora uma ameaça para a sua faixa etária.

É aqui que se torna crucial a intervenção do enfermeiro de reabilitação na consciencialização desta população para a transição que estão a vivenciar, utilizando as visitas domiciliares para trabalhar com o idoso, e também com os familiares, não só a reestruturação do domicílio, mas também hábitos que existem no seu estilo de vida que se possam constituir perigos reais.

O enfermeiro de reabilitação assume a capacidade de auxiliar a pessoa idosa a encontrar um equilíbrio vital na sua vida, em que ao mesmo tempo que o ajuda na prevenção das quedas e outros acidentes domésticos, torna-o capaz de manter/potenciar a sua independência e autonomia (Carvalho et al, 2012; Freitas et al, 2011).

II PARTE - PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Partindo do pressuposto de que método é um caminho para alcançar determinado fim e que a finalidade da ciência é procura constante do saber, é possível indagarmos que o método científico é um conjunto de procedimentos escolhidos com o propósito de atingir o conhecimento (Prodanov e Freitas, 2013).

Desta forma nesta etapa de desenvolvimento do estudo iremos proceder à apresentação do método de estudo selecionado para respondermos às perguntas delineadas, descrever as variáveis em estudo, a amostra por nós selecionada, os instrumentos utilizados e os procedimentos éticos realizados.

A metodologia surge como a etapa do processo de investigação em que é descrito qual a forma como o investigador pensou e delineou o seu trabalho e como prevê a sua evolução.

Delineamos como pergunta de partida:

Será que o idoso com quedas a viver no seu domicílio apresenta particularidades do seu contexto habitacional ou das características do mesmo?

A metodologia utilizada passará por um estudo de carácter descritivo/exploratório. Um estudo descritivo ou exploratório permite ao pesquisador observar, descrever e documentar inúmeros aspetos do fenómeno, pois não existe documentada evidencia relevante sobre esse fenómeno em particular (Fortin, 2006; Sousa, Driessnack, Mendes, 2007). Não há manipulação de variáveis, pelo que os desenhos descritivos descrevem o que na verdade existe, determinam a frequência da sua ocorrência e categorizam essa informação (Sousa, Driessnack, Mendes, 2007).

Pretendemos perceber a realidade da população idosa acerca da prevalência de evento de queda, tendo em conta por base o nosso conhecimento prévio acerca dos programas de prevenção de quedas existentes em Portugal. Desta forma trazemos como objetivos:

- indagar sobre a ocorrência de quedas numa população de idosos num Município do Norte de Portugal;
- analisar as quedas no domicílio face às condições sociodemográficas dos idosos e condições habitacionais;
- analisar as condições habitacionais e relacionar a ocorrência das quedas face às mesmas.

1. Perguntas de investigação

As perguntas de investigação orientam o desenho do estudo, conduzindo a procura de respostas. Para Fortin (1999, pag.51), a questão de investigação revela-se como: “uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”. Tendo em conta a pergunta de partida e a finalidade do estudo, apoiamos o nosso estudo nas seguintes perguntas de investigação:

- Será que as características sociodemográficas influenciam o número de quedas na população com mais de 65 anos num Município do Norte de Portugal?
- Será que há relação entre o número de quedas e as condições habitacionais e acessibilidades?

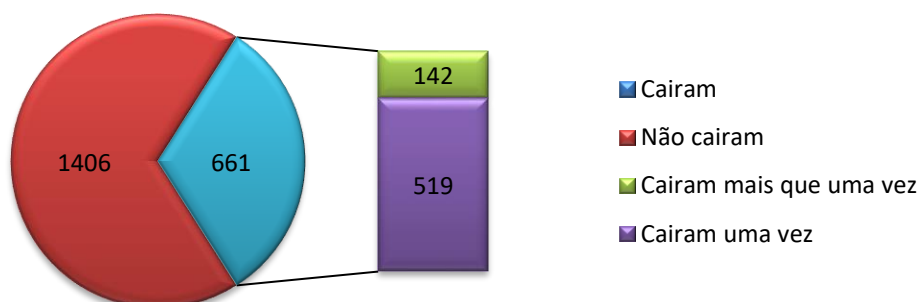
2. Universo e Amostra

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido (Fortin, 2009).

O nosso universo é constituído pelas pessoas com mais de 65 anos a residir em Vila Nova de Famalicão identificados a partir dos presidentes das juntas de freguesias e que aceitaram participar no estudo. Utilizamos um método de amostragem não probabilístico e intencional em que foi considerado como critério de inclusão: idosos que tenham apresentado pelo menos uma queda no último ano civil. Desta forma a nossa amostra é constituída por um total de 661 idosos com idade compreendida entre 65 e 99 anos de idade.

O gráfico 1 representa o número de idosos em estudo, dos quais subdividimos em dois grupos de acordo com a frequência da ocorrência de queda - os que caíram uma vez (519 idosos) e os que caíram mais que uma vez (142 idosos).

Gráfico 1: Representação da amostra de idosos com quedas



3. Variáveis em estudo

A seleção e operacionalização das variáveis constituem uma etapa indispensável na investigação pois asseguram que a atribuição dos valores é feita de forma estável entre todos os participantes. Nos quadros abaixo apresentados iremos expor as variáveis por nós selecionadas assim como a operacionalização das mesmas. Optamos pela sua apresentação em quadro por forma a facilitar a leitura e compreensão desta etapa do estudo.

A variável sociodemográfica é caracterizada por um conjunto de componentes: género, idade, estado civil, idade do cônjuge, nº de filhos, escolaridade, nº de elementos do agregado familiar, que serão fundamentais para compreender a população em estudo e as características do idoso com quedas (quadro 2).

Quadro 2: Descrição da Variável Sociodemográfica

Componente	Dimensão	Indicador
Género	Feminino/Masculino	Sim e Não
Idade		Anos
Estado civil	Solteiro; casado; separado Divorciado; Viúvo	Sim/ Não
Idade do cônjuge		Anos
Nº de Filhos		0; 1; 2 ou mais
Escolaridade		Nenhuma Ensino básico - 1º ciclo (4ºano antigo) Ensino básico - 2º ciclo (6ºano antigo) Ensino básico - 3º ciclo (9ºano antigo) Ensino secundário - 12ºano (7ºano do liceu) Ensino pós-secundário - curso de especialização tecnológica Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento
Nº de elementos do agregado familiar		1; 2; 3 ou mais

A variável Saúde (quadro 3) foi concebida em três componentes. A primeira componente não apresentou dimensões, e nas restantes foram consideradas as dimensões das patologias e sintomas/manifestações descritas na bibliografia como sendo as mais frequentes na terceira idade.

A componente percepção do estado de saúde diz respeito ao que o idoso percebe a sua maneira de estar no que concerne ao seu autoconhecimento sobre o seu estado de saúde.

Nas componentes situação de doença e sintomas/manifestações, a presença ou ausência de determinada patologia ou sintoma é avaliada por aquilo que é referido pelo idoso e não por consulta de processo médico.

Quadro 3: Descrição da variável saúde

Componente	Dimensão	Indicador
Percepção do estado de saúde		Muito Bom Bom Mau Muito mau
Situações de doença	Doenças cerebrovasculares (AVC) Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA) Doença neurológica (Parkinson) Doença musculoesquelética e osteoarticular (Artrite) Doença oncológica Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite) Doença endócrina (Diabetes) Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	Sim e Não
Sintomas/Manifestações	Perda de urina Sentimentos de tristeza persistente Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia Dor músculo-esquelética e osteoarticular (Artrite) Dificuldade em andar Desequilíbrios constantes Diminuição da audição Diminuição da visão Outra Não tem sintomas/manifestações	Sim e Não

No presente estudo consideramos queda quando o idoso expressou este acontecimento, a sua definição de queda pode ser errada, contudo apenas podemos registar o que ele relata.

A variável queda é analisada no quadro 4, onde podemos verificar a existência de três componentes: ocorrência de queda, perceção do risco de queda e local de ocorrência de queda.

Em relação à componente local da ocorrência da queda, na descrição dos dados tencionamos agrupar em apenas duas dimensões, para mais fácil compreensão dos resultados: em casa e fora de casa. Na dimensão em casa serão consideradas as quedas ocorridas dentro do domicílio assim como no espaço circunscrito como o campo/horta/jardim; na dimensão fora de casa serão consideradas as quedas ocorridas nas restantes localizações.

Quadro 4: Descrição da variável queda

Componente	Dimensão	Indicador
Ocorrência da queda	Uma vez Mais que uma vez	Sim e Não
Perceção do risco de queda	Ter risco de sofrer queda	Sim e Não
Local da ocorrência da queda	Casa Rua Igreja Junta de freguesia Correio Supermercado/Mercearia Campo/Horta/Jardim Outra	Sim e Não

No quadro 5, apresentado na página seguinte, procedemos à análise da variável condições de habitação, que entendemos ser o conjunto de características do domicílio do idoso que nos permite avaliar a habitabilidade segura no mesmo.

Para a análise desta variável foram consideradas nove componentes para nos permitir uma compreensão adequada sobre a casa de cada um dos participantes. Gostaríamos de enfatizar que as respostas sobre as diferentes componentes avaliadas não foram obtidas por observação direta, pelo que a componente facilidade em ir a todas as divisões da casa é a percecionada pelo participante.

Quadro 5: Descrição da variável condições de habitação

Componente	Dimensão	Indicador
Tipo de habitação	Vivenda Apartamento Outra	Sim Não
Habitação	Própria Alugada Habitação Social Outra	Sim e Não
Partilha o quarto com alguém		Sim Não Não responde
Para chegar à zona onde habita tem	Um degrau Até cinco degraus Mais de cinco	Sim e não
Facilidade em ir a todas as divisões da casa		Sim Não Não responde
Nº de divisões da casa	Uma divisão Três divisões Quatro divisões Mais de quatro divisões	Sim Não
Divisões existentes na casa	Quarto Sala Cozinha Casa de Banho Outra	Sim Não
Posicionamento da casa de banho	Dentro da habitação Fora da habitação	Sim Não
Existência de local para tomar banho completo na casa de banho		Sim Não

Na variável informação de condições ambientais para a ocorrência de queda, explanada no quadro 6, foram abordadas duas componentes que possuem em comum as mesmas dimensões, sendo elas a existência ou ausência de informação recebida sobre as cinco dimensões elencadas no quadro abaixo, assim como qual o profissional que forneceu a informação sobre cada uma das dimensões, o enfermeiro, médico ou assistente social.

Quadro 6 :Descrição da variável informação de condições ambientais para a ocorrência de queda

Componente	Dimensão	Indicador
Condições físicas de prevenção de quedas	Uso de tapetes/ passadeiras/ carpetes Tipo de calçado (interior/exterior) Disposição de mobiliário em algumas divisões da casa Tapete na banheira/poliban Uso de acessórios de segurança no WC (barras de apoio)	Sim e Não
Profissionais que informam	Uso de tapetes/ passadeiras/ carpetes Tipo de calçado (interior/exterior) Disposição de mobiliário em algumas divisões da casa Tapete na banheira/poliban Uso de acessórios de segurança no WC (barras de apoio)	Enfermeiro (1) Medico (2) Assistente social (3)

4. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada a partir de um questionário com perguntas fechadas desenvolvido por Martins e colaboradores em 2014, e que faz parte integrante de um estudo mais alargado intitulado “VIVER BEM COM MAIS IDADE do contexto familiar ao apoio institucional”, resultante de uma parceria entre a Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (UNIESEP/ CINTESIS) e a Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão. O questionário foi aplicado aos indivíduos com 65 anos ou mais de Vila Nova de Famalicão, que aceitaram participar no estudo, através de uma entrevista ou caso estes preferissem de autopreenchimento.

Foram retirados os dados capazes de ajudar à compreensão da temática abordada neste estudo, com capacidade de dar resposta à problemática da queda nos idosos no domicílio e dos fatores ambientais, pelo que apenas foram selecionadas 17 questões relativas a características sociodemográficas e clínicas e 8 questões sobre condições de saúde (anexo I).

5. Procedimentos de colheita de dados e questões éticas

Quando falamos de investigação científica aprez-nos concordar que “Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes” (Martins, 2008). Ora transportando este sentido para a investigação em áreas como a enfermagem, onde recrutamos seres humanos como participantes, é ainda mais fulcral respeitar as questões éticas envolvidas, atualmente definidas e reguláveis pelas comissões de ética para a saúde (Raposo, 2016), uma vez que como enfermeiros devemos comportar uma necessidade adicional de salvaguardar o bem-estar dos participantes dos estudos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas (Nunes, 2013).

As Diretrizes éticas para a investigação em Enfermagem, dirigido pelo International Council of Nurses (ICN), preconiza que sejam mantidos seis princípios éticos ao longo de toda e qualquer investigação, devendo ter mais em atenção grupos vulneráveis, como é o caso dos idosos. Esses princípios assumem-se respeitados como:

- Beneficência - toda a investigação gira em prol do bem-estar do idoso, no sentido de colmarmos falhas existentes e promover um envelhecimento com maior qualidade de vida;
- Não-maleficência - em nenhuma etapa da investigação são acarretados danos ao participante;

- Fidelidade - existência de uma relação de confiança entre o investigador e o participante;
- Justiça - todos os participantes foram tratados de forma equitativa;
- Veracidade - todos os participantes foram informados do propósito do estudo, assegurando assim o consentimento livre e informado de participarem ou não no estudo, sendo obtido esse consentimento por escrito;
- Confidencialidade - toda e qualquer informação recolhida foi estatisticamente analisada sempre com a salvaguarda da identidade de cada participante, preservando o direito do participante em manter toda a informação pessoal declarada em confidencialidade.

O presente estudo assenta na utilização de dados obtidos por outros investigadores, que asseguraram todos os princípios acima descritos, tendo o estudo o parecer favorável da Comissão de Ética - CES do Centro Hospitalar Universitário de S. João/FMUP 244-14.

III PARTE- OS IDOSOS COM QUEDAS VERSUS CONDIÇÕES HABITACIONAIS

O envelhecimento é das temáticas mais abordadas nas diversas áreas da saúde, por múltiplos fatores que já fomos referindo na nossa abordagem teórica. Dentro dos múltiplos acontecimentos que surgem com o avançar da idade a queda surge como uma das mais preocupantes, assumindo uma prevalência altamente elevada com cerca de 1/3 dos idosos a cair em casa (Oliveira, Baixinho, Henriques, 2018).

Por forma a conseguirmos compreender um pouco mais o que podemos fazer enquanto enfermeiros de reabilitação na modificação desta tendência, apresentamos de seguida as condições inerentes aos idosos que caíram pelo menos uma vez, identificando as suas características sociodemográficas, de saúde e de habitação.

1. Características Sociodemográficas

No que respeita às variáveis sociodemográficas, o género, a idade, a escolaridade, o estado civil, o nº de filhos e nº de elementos do agregado familiar constituem importantes aspetos a serem analisados individualmente.

Da nossa amostra de 661 idosos, 76,2% pertencem ao sexo feminino (504), e 23,8% ao sexo masculino (157) (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra por género

GÉNERO	n	%
Feminino	504	76,2
Masculino	157	23,8
Total	661	100

Os participantes apresentam idade entre os 65 e 99 anos de idade como podemos ver na tabela 2, sendo que a maior percentagem de idosos (40,7%; n 269) encontra-se na faixa etária dos 70 aos 79 anos de idade, sendo que na amostra total a idade média é de 74 anos.

Tabela 2: Distribuição da amostra por idade

IDADE	n	%
65 a 69	220	33,3
70 a 79	269	40,7
80 a 89	161	24,4
90 a 99	11	1,7
Total	661	100

Pela análise da tabela 3, podemos verificar que 56,1% dos idosos referem não ter frequentado a escola e 42,5% refere ter cumprido o ensino básico, equivalente a uma percentagem cumulativa de 98,6% de idosos com escolaridade baixa. Apesar disso 87% (575) dos idosos refere saber ler e 78,2% (517) escrever.

Tabela 3: Distribuição da amostra por escolaridade

ESCOLARIDADE	n	%
Nenhuma	371	56,1
Ensino básico	281	42,5
Ensino secundário	6	0,9
Curso de especialização tecnológica	2	0,3
Licenciatura	1	0,2
Total	661	100

Da nossa amostra mais de metade dos idosos são casados (51%), seguindo-se de 27,5% solteiros, 17,5% viúvos(as) e os restantes separados ou divorciados (tabela 4).

Tabela 4: Distribuição da amostra por estado civil

ESTADO CIVIL	n	%
Solteiro(a)	182	27,5
Casado(a)	337	51,0
Separado(a)	8	1,2
Divorciado(a)	18	2,7
Viúvo(a)	116	17,5
Total	661	100

No que concerne ao número de descendentes, os idosos têm na sua maioria 2 ou mais filhos (81,7%), como podemos analisar na tabela 5, sendo o seu agregado familiar na maioria constituído por 2 elementos (n:294; 44,5%).

Tabela 5: Distribuição da amostra por nº de filhos e agregado familiar

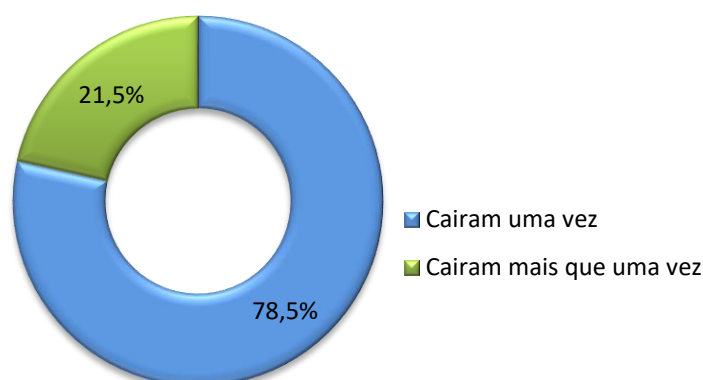
Nº DE FILHOS	n	%
0	67	10,1
1	54	8,2
2 ou mais	540	81,7
Total	661	100
Nº DE ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR	n	%
1	93	14,1
2	294	44,5
3 ou mais	274	41,4
Total	661	100

2. Características de saúde

Neste capítulo iniciaremos por descrever o nosso problema principal, a queda, sendo que só depois vamos particularizar para outros dados de saúde que podem vir a revelar alguma relação com a existência e a prevalência da mesma.

Consideramos pertinente analisar a variável queda em duas vertentes: como evento único e como evento repetido. Pela análise do gráfico 2 podemos ver que, dos 661 idosos que constituem a nossa amostra, 78,5% dos idosos caíram uma vez e 21,5% caíram mais que uma vez.

Gráfico 2: Distribuição do nº de quedas



Dos 320 idosos que responderam à questão acerca da sua percepção do risco de queda (tabela 6) quase três quartos destes consideraram possuírem risco de queda (74,2%, n=239), enquanto que apenas cerca de um quarto (25,2%) não identifica o risco de cair presente.

Tabela 6: Caracterização da auto percepção do risco de queda

PERCEÇÃO DO RISCO DE QUEDA	n	% válida
Sim	239	74,2
Não	81	25,2
Total	320	100

Tal como podemos constatar na tabela 7, as patologias de maior incidência nos idosos com quedas foram as doenças musculo esqueléticas e articulares (38,1%) e a Doença endócrina (Diabetes) (35,6%). É ainda de salientar que um quarto dos idosos que tiveram queda referia a existência de Doença Psiquiátrica (Depressão) (25,2%), seguido da percentagem de idosos com Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA) (20,9%).

Tabela 7: Distribuição da amostra por ocorrência de patologias

PATOLOGIAS	n	%
Doença cerebrovascular (AVC)	66	11,2
Doença cardiovascular (Enfarte, Trombose, HTA)	105	20,9
Doença neurológica (Parkinson)	55	11,8
Doença músculo-esquelética e osteoarticular (Artrite)	222	38,1
Doença oncológica	45	9,4
Doença respiratória (DPOC, Asma, Bronquite)	80	14,1
Doença endócrina (Diabetes)	207	35,6
Doença do sistema nervoso (Alzheimer)	58	10,3
Doença Psiquiátrica (Depressão)	143	25,2

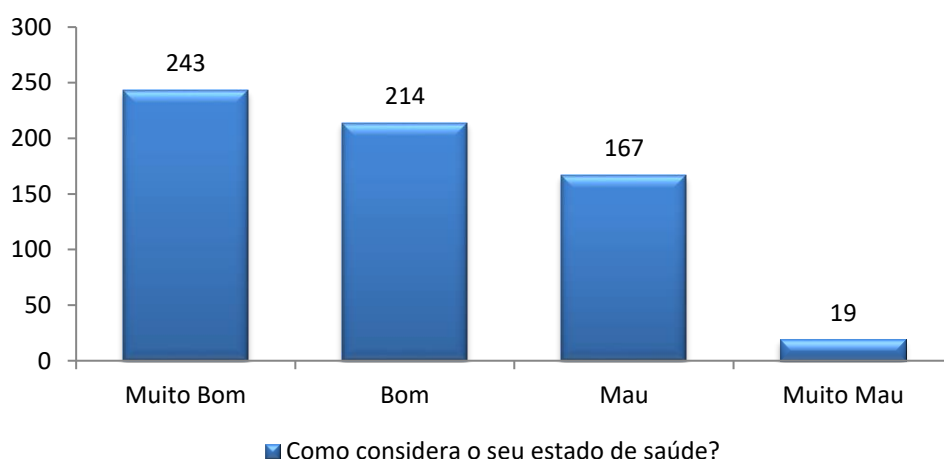
No que concerne à presença de sintomas/manifestações clínicas, podemos analisar na tabela 8, por ordem de maior frequência, a presença de sintomas como: desequilíbrios constantes (44,1%); dificuldade em andar (42,6%); diminuição da visão e da audição (41,8% e 39,7% respetivamente); dor músculo-esquelética e articular (38,3%); alterações da memória (33,1%); sentimentos de tristeza (23,2%) e por último perda de urina (19,8%).

Tabela 8: Distribuição da amostra por presença de sintomas/manifestações

SINTOMAS/MANIFETAÇÕES	n	%
Perda de urina	116	19,8
Sentimentos de tristeza persistente	138	23,2
Alterações de memória que interferem na sua vida do dia a dia	158	33,1
Dor musculo- esquelética e osteoarticular (Artrite)	231	38,3
Dificuldade em andar	260	42,6
Desequilíbrios constantes	263	44,1
Diminuição da audição	245	39,7
Diminuição da visão	256	41,8

Apesar dos resultados da distribuição da incidência de patologias e sintomas/manifestações, mais de metade dos idosos (n=457) percecionam o seu estado de saúde como positivo (Bom e Muito Bom) e menos de 1/3 (n=176) dos idosos percecionam o seu estado de saúde como negativo (Mau e Muito Mau).

Gráfico 3: Distribuição da amostra por percepção do estado de saúde



3. Condições habitacionais

As condições habitacionais acarretam um conjunto de características que se apresentam como fatores extrínsecos capazes de afetar diretamente o risco de queda. Dessa forma iremos neste capítulo analisar as condições em que vivem os idosos que constituem a nossa amostra, percebendo qual o tipo de habitação, quantas divisões tem a sua casa, com quem partilham a casa, questões de acessibilidade interior e exterior e informações que estes apresentam sobre a organização interna do domicílio.

No que diz respeito ao tipo de habitação, podemos analisar na tabela 9 que mais de metade dos idosos possui habitação própria (67,6%). Apenas 0,8% dos idosos reside em habitação social.

Tabela 9: Caracterização do tipo de habitação

TIPO DE HABITAÇÃO	n	%
Própria	447	67,6
Alugada	192	29
Habitação Social	5	0,8
Outra	17	2,6
Total	661	100

Da análise da tabela 10 podemos auferir que a maioria dos idosos vive em vivendas (47,0%) ou apartamentos (41,3%), com uma diferença de apenas 6,7% entre eles.

Tabela 10: Caracterização da tipologia da habitação

TIPOLOGIA	n	%
Vivenda	311	47,0
Apartamento	273	41,3
Outra	77	11,6
Total	661	100

Mais de metade dos idosos tem na sua habitação quatro ou mais divisões (67,8%), enquanto que menos de um quarto dos idosos possui apenas uma divisão (16,2%), tal como podemos constatar na tabela 11.

Tabela 11: Caracterização do número de divisões da habitação

NÚMERO DE DIVISÕES DA HABITAÇÃO	n	%
Uma divisão	107	16,2
Três divisões	106	16,0
Quatro divisões	213	32,2
Mais de quatro divisões	235	35,6
Total	661	100

Da análise das divisões existentes na habitação dos idosos (tabela 12), a mais comum é o quarto (67%), seguida da sala (14,4%) e cozinha (9,5%). A casa de banho é apenas referida por 8,6% dos idosos da amostra.

Tabela 12: Caracterização das divisões existentes na habitação

DIVISÕES EXISTENTES NA HABITAÇÃO	n	%
Quarto(s)	443	67,0
Sala	95	14,4
Cozinha	63	9,5
Casa de banho	57	8,6
Outra	3	0,5
Total	661	100

Mais de dois terços dos idosos (77%) partilham o quarto com outra pessoa, sendo que os restantes (23%) possuem quarto individual (tabela 13).

Tabela 13: Caracterização da partilha do quarto

PARTILHA DO QUARTO	n	% válida
Sim	509	77
Não	151	23
Total	660	100

Como podemos verificar na tabela 14, aproximadamente três quartos dos idosos (74,6%) têm de subir/descer mais de cinco degraus para aceder à habitação ou ao exterior.

Tabela 14: Caracterização do nº de degraus de acesso à habitação

Nº DE DEGRAUS DE ACESSO À HABITAÇÃO	n	%
Um degrau	80	12,1
Até cinco degraus	88	13,3
Mais de cinco degraus	493	74,6
Total	661	100

Mais de metade dos idosos (68%) refere facilidade no acesso às várias divisões da habitação (tabela 15).

Tabela 15: Caracterização da perceção de acesso às várias divisões da habitação

PERCEÇÃO DA FACILIDADE DE ACESSO ÀS VÁRIAS DIVISÕES DA HABITAÇÃO	n	% válida
Sim	446	68
Não	210	32
Total	656	100

A grande maioria dos idosos refere que possui casa de banho no interior da habitação (86,2%), enquanto que 13,8% possuem casa de banho fora da habitação, como verificado na tabela 16.

Tabela 16: Caracterização da localização casa de banho

LOCALIZAÇÃO DA CASA DE BANHO	n	% válida
Dentro	562	86,2
Fora	90	13,8
Total	652	100

Dos idosos que responderam à questão sobre a existência de local para tomar banho completo na sua casa de banho, quase a totalidade (97%) referem que sim (tabela 17).

Tabela 17: Caracterização da existência de local para tomar banho completo

A CASA DE BANHO TEM LOCAL PARA TOMAR BANHO COMPLETO?	n	% válida
Sim	309	97
Não	9	3
Total	318	100

Ao analisarmos a tabela 18 percebemos que em cada uma das componentes descritas, a maioria dos idosos que respondeu não recebeu orientação por nenhum profissional de saúde sobre a mesma.

Os tópicos mais abordados com a nossa amostra foram sobre a pertinência do uso de tapetes, passadeiras e carpetes (28,5%) e o tipo de calçado (interior/exterior) (28,4%) em que os idosos referiram já ter recebido algum tipo de informação sobre o assunto. Por outro lado, o uso de acessórios de segurança no WC (barras de apoio) foi o tópico menos abordado junto dos idosos (15,9%).

Tabela 18: Caracterização da perceção da informação sobre condições ambientais para a ocorrência de queda

ALGUMA VEZ ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE DEU ORIENTAÇÃO SOBRE	Sim		Não		Não sabe/ não responde		n Total
	n	%válida	n	%válida	n	%válida	
Uso de tapetes/ passadeiras/ carpetes	85	28,5	192	64,4	21	7,0	298
Tipo de calçado (interior/exterior)	104	28,4	238	65	24	6,6	366
Disposição de mobiliário em algumas divisões da casa	99	16,9	441	75,3	46	7,8	586
Tapete na banheira/poliban	133	22,2	418	69,9	47	7,9	598
Uso de acessórios de segurança no WC (barras de apoio)	94	15,9	448	75,5	51	8,6	593

Na tabela 19 abordamos a presença de dispositivos de alarme na casa dos idosos. Dos idosos que responderam a esta questão mais de dois terços dos idosos referem não possuir nenhum dispositivo de alarme (90,7%). No entanto verificamos que uma pequena percentagem dos idosos (9,3%), já possuem algum tipo de sistema de alarme/ajuda em caso de queda (tabela 19).

Tabela 19: Caracterização da presença de dispositivo de alarme em caso de queda na habitação

EM CASA, TEM ALGUM DISPOSITIVO DE ALARME, NO CASO DE QUEDA?	n	% válida
Sim	31	9,3
Não	304	90,7
Total	335	100

Aquando do preenchimento do questionário foi pedido aos participantes que indicassem o local de ocorrência de queda entre oito itens: Casa, Rua, Igreja, junta de freguesia, Correio, Supermercado / Merceria, no campo/ horta/ jardim, Outra. De forma a permitir uma avaliação mais objetiva para determinarmos se a prevalência de queda nos idosos no domicílio é maior na habitação ou no meio envolvente, agrupamos as oito categorias em duas categorias major: em Casa e Fora de Casa.

Consideramos queda em casa quando esta ocorreu no interior do domicílio ou na sua periferia, como o campo/ horta/jardim. Na queda fora de casa são contempladas as restantes localizações apresentadas no parágrafo anterior.

Da análise dos dados da tabela 20 podemos verificar que 79% dos idosos referiram ter caído em casa. Mais de um quarto dos idosos (27%) referiram ter caído fora de casa. A percentagem cumulativa ultrapassa os 100% uma vez que alguns idosos referiram ter caído tanto dentro de casa como fora de casa.

Tabela 20: Caracterização do local de ocorrência da queda

LOCAL DE OCORRÊNCIA DE QUEDA	n	%
Casa	521	79
Fora de Casa	173	27

4. Determinantes da queda

Neste capítulo tentamos perceber a existência ou não de uma relação significativa entre o evento de queda, de forma isolada ou repetida, e os diferentes componentes dentro da variável queda e condições habitacionais.

Para verificar a associação entre as variáveis utilizamos o teste de Qui-quadrado de Pearson. Este teste mede a intensidade e a direção da associação desta mesma relação, podendo adquirir valores entre -1 a +1 (Marôco, 2014). O nível de significância é considerado através dos valores de p , em que $p=0,00$ representa uma relação perfeita, $p<0,05$ representa uma relação significativa e quando $p>0,05$ não existe relação significativa entre as variáveis em estudo.

No que concerne à variável género (tabela 21), percebemos que são as mulheres que caem mais quer como evento isolado (60,7%) quer como evento repetido (15,6%), contudo as duas variáveis não apresentam uma relação significativa apresentando um p -valor superior a 0,05 ($p=0,241$).

Tabela 21: Distribuição da ocorrência de quedas por género

GÉNERO	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Mulheres	401	60,7	103	15,6	504	76,3
Homens	118	17,8	39	5,9	157	23,7
Total	519	78,5	142	21,5	661	100

Relativamente à idade dos idosos, podemos verificar na tabela 22 que os idosos até 80 anos são os que apresentam mais quedas (tanto como acontecimento único, 60,5%, ou repetido, 13,5%, as duas variáveis apresentam uma relação significativa com um valor de p inferior a 0,05 ($p=0,001$).

Tabela 22: Distribuição da ocorrência de quedas por idade

IDADE	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Até 80 anos	400	60,5	89	13,5	489	74
Depois dos 80	119	18	53	8	172	26
Total	519	78,5	142	21,5	661	100

Em relação aos idosos que caíram apenas uma vez não encontramos grandes diferenças percentuais entre os que vivem numa vivenda (34,9%) e num apartamento (34,8%). Já quando fazemos a análise da ocorrência de queda como evento repetido, os idosos que vivem em vivenda (12,1%) correspondem praticamente ao dobro dos que vivem em apartamento (6,5%) (tabela 23).

Aplicando o teste de Qui-quadrado de Pearson, verificamos que existe uma relação significativa entre estas duas variáveis, $p=0,011$.

Analisando os idosos que referiram residir em vivendas, constatamos que estes são na sua maioria mulheres (71,4%), idosos casados (51,8%), com idade entre os 70 e 79 anos (36,3%), e com o ensino básico (51,8%).

Tabela 23: Distribuição da ocorrência de quedas por tipologia de habitação

HABITAÇÃO - TIPOLOGIA	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vivenda	231	34,9	80	12,1	311	47
Apartamento	230	34,8	43	6,5	273	41,3
Outra	58	8,8	19	2,9	77	11,7
Total	519	78,5	142	21,5	661	100

Na tabela 24, analisamos a relação entre o evento queda e habitação. Os idosos que caem mais são os que vivem em casa própria, quer como evento isolado (49,8%) ou como evento repetido (17,8%), assumindo estas variáveis uma relação perfeita ($p=0,00$), de acordo com o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Quando analisada o tipo de habitação dos idosos que residem em casa própria, verificamos que mais de metade dos mesmos (51,7%) reside em vivenda.

Tabela 24: Distribuição da ocorrência de quedas por habitação

HABITAÇÃO	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Própria	329	49,8	118	17,8	447	67,6
Alugada	175	26,5	17	2,6	192	29,1
Habitação Social	1	0,2	4	0,6	5	0,8
Outra	14	2,1	3	0,4	17	2,5
Total	519	78,6	142	21,4	661	100

Quando analisamos a ocorrência de queda em relação à partilha do quarto, verificamos que os idosos que partilham quarto com alguém apresentam maior número de quedas, tanto como evento único (63,3%), como os que apresentam evento repetido (13,8%). Aplicando o teste de Qui-quadrado de Pearson, estas variáveis apresentam uma relação perfeita, $p=0,00$.

Considerando a variável partilha o quarto com alguém e número de divisões da casa, observamos que dos idosos que partilham o quarto mais de metade (60,5%) apresenta quatro ou mais divisões nas suas habitações.

Ainda no seguimento desta análise, constatamos que 51,9% dos idosos que partilham o quarto o seu agregado familiar é constituído por duas pessoas.

Tabela 25: Distribuição da ocorrência de quedas por partilha de quarto

PARTILHA O QUARTO COM ALGUÉM	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%válida	n	%válida	n	%válida
Sim	418	63,3	91	13,8	509	77,1
Não	101	15,3	50	7,6	151	22,9
Total	519	78,6	141	21,4	660	100

Analisando o acesso à habitação vemos que as maiores percentagens relatadas são feitas por idosos que possuem mais de cinco degraus como acesso à zona onde vivem (tabela 26), em que 61,6% dos idosos caíram uma vez e 13% caíram mais que uma vez.

Novamente temos uma relação perfeita ($p=0,00$) entre as variáveis descritas, de acordo com o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Considerando ainda os idosos que apresentam mais de cinco degraus como acesso à sua habitação, 63,5% possuem casa própria e 43,2% têm idade compreendidas entre 70 a 79 anos de idade.

Tabela 26: Distribuição da ocorrência de quedas por nº de degraus de habitação

PARA CHEGAR À ZONA ONDE HABITA TEM	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Um degrau	54	8,2	26	3,9	80	12,1
Até cinco degraus	58	8,8	30	4,5	88	13,3
Mais de cinco degraus	407	61,6	86	13,0	493	74,6
Total	519	78,6	142	21,5	661	100

Quando abordados em relação à acessibilidade a todas as divisões da casa, mais de metade dos idosos (53%) consideraram ter facilidade de acesso dentro da sua própria habitação e tiveram um episódio de queda e cerca de um quarto (25,6%) caíram uma vez e consideravam não ter facilidade de acesso (tabela 27).

As duas variáveis não apresentam relação significativa, com um valor de $p=0,813$, de acordo com o teste de Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 27: Distribuição da ocorrência de quedas por percepção de acessibilidade de acesso dentro da habitação

PERCEÇÃO DE FACILIDADE DE ACESSO ÀS DIFERENTES AREAS DA CASA	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%válida	n	%válida	n	%
Sim	347	53	99	15,0	446	68
Não	168	25,6	42	6,4	210	32
Total	515	78,6	141	21,4	656	100

Comparando os dados obtidos em relação ao número de divisões existentes nas casas dos idosos vemos na tabela 28 que cerca de metade (51,3%) sofreram um episódio de queda e possuíam quatro (27,4%) ou mais de quatro divisões (23,9%) na sua casa.

Dos idosos que sofreram mais que uma queda a maior percentagem é assumida pelos idosos com mais de quatro divisões (11,7%).

Recorrendo ao teste de qui-quadrado de pearson verificamos que estas duas variáveis assumem uma relação perfeita ($p=0,000$).

Se analisarmos os idosos que possuem mais de quatro divisões na sua habitação, verificamos que 75,7% se situam na faixa etária entre os 70 e 89 anos de idade.

Tabela 28: Distribuição da ocorrência de quedas por número de divisões da habitação

NÚMERO DE DIVISÕES DA CASA	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Uma divisão	98	14,8	9	1,4	107	16,2
Três divisões	82	12,4	24	3,6	106	16
Quatro divisões	181	27,4	32	4,8	213	32,2
Mais de quatro divisões	158	23,9	77	11,7	235	35,6
Total	519	78,5	142	21,5	661	100

Analisando a tabela 29 verificamos que a maioria dos idosos possuía casa de banho dentro de casa (86,2%), sendo que 67,5% caíram uma vez e 18,7% mais que uma vez.

Recorrendo ao teste de qui-quadrado de pearson não se apura relação significativa entre as variáveis, $p=0,898$.

Tabela 29: Distribuição da ocorrência de quedas pela posição da casa de banho em relação à casa

POSIÇÃO DA CASA DE BANHO EM RELAÇÃO À CASA	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%válida	n	%válida	n	%
Dentro	440	67,5	122	18,7	562	86,2
Fora	71	10,9	19	2,9	90	13,8
Total	511	78,4	141	21,6	652	100

Em relação à existência de local para tomar banho (tabela 30), a maioria dos idosos respondeu que sim (96,9%), em que 62% caíram uma vez e 35,2% mais que uma vez.

Aplicando novamente o teste de qui-quadrado de pearson, não se observa relação significativa entre as variáveis, $p =0,283$.

Tabela 30: Distribuição da ocorrência de quedas pela existência de local para tomar banho completo

EXISTÊNCIA DE LOCAL PARA TOMAR BANHO COMPLETO	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%válida	n	%válida	n	%
Sim	197	62	112	35,2	309	97,2
Não	7	2,2	2	0,6	9	2,8
Total	204	64,2	114	35,8	318	100

Analisando a tabela 31, denotamos que dos 239 idosos que perceberam ter risco de queda, 45,3% sofreram uma queda e 29,4% mais que uma queda.

As duas variáveis em análise apresentam uma relação significativa ($p=0,002$), segundo o teste de qui-quadrado de Pearson,

Particularizando os idosos que perceberam ter risco de queda, obtivemos que a maior percentagem se concentra na faixa etária entre os 80-89 anos de idade (39,7%) com nível de escolaridade de ensino básico (56,1%) e vivem com o cônjuge (30,5%) ou com os filhos (29,3%).

Tabela 31: Distribuição da ocorrência de quedas por percepção do risco de queda

PERCEÇÃO DE RISCO DE QUEDA	Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez		Total	
	n	%válida	n	%válida	n	%
Sim	145	45,3	94	29,4	239	74,7
Não	66	20,6	15	4,7	81	25,3
Total	211	65,9	109	34,1	320	100

Além da estrutura física da habitação fomos também perceber se os idosos tinham já recebido informação sobre cinco fatores externos que contribuem para o aumento de risco de queda e que estão elencados na primeira coluna da tabela abaixo apresentada (tabela 32).

No que concerne ao uso de tapetes/passadeiras/carpets verificamos que mais de metade dos idosos (64,4%) referiram não ter recebido informação sobre este tema. Deste grupo de idosos, 43,3% caíram uma vez e os restantes mais que uma vez. Utilizando novamente o teste de qui-quadrado de Pearson averiguamos que não existe aqui uma relação significativa ($p=0,075$).

No que diz respeito ao tema sobre o tipo de calçado utilizado, os idosos que não possuíam informação foram os que mais caíram uma vez (47,3%). Dos idosos que caíram mais que uma vez (26,5%) a maior percentagem (17,8%) pertence também aos que referem não ter recebido informação sobre o tema. Utilizando o mesmo teste, verificamos a existência de uma relação significativa ($p=0,02$) entre as variáveis analisadas.

Em relação à disposição da mobília, a maior percentagem de idosos com quedas pertence aos que não possuíam qualquer informação, quer os que caíram apenas uma vez (61,4%) e aos que caíram mais que uma vez (13,8%).

Analisando a informação sobre o uso de tapete na banheira/poliban, 69,9% dos idosos que caíram referiram não ter recebido informação sobre o tema. Desse total, 58,5% sofreram um episódio de queda e 11,4% mais que um episódio de queda.

Por último, no que diz respeito ao uso de acessórios de segurança na casa de banho (barras de apoio), mais de metade dos idosos (62,7%) sofreram uma queda e referiram não possuir informação sobre o assunto. Dos idosos que caíram mais que uma vez (18,2%) mais de metade desses (12,8%) referiram não ter sido informados sobre o tema em questão.

Recorrendo ao teste de qui-quadrado de pearson verificamos que estas últimas três variáveis assumem uma relação perfeita ($p=0,000$) com a variável queda.

Tabela 32: Distribuição da ocorrência de quedas por transmissão de informação sobre condições ambientais para a ocorrência de queda

INFORMAÇÃO SOBRE		Caíram uma vez		Caíram mais que uma vez	
		n	%	n	%
Uso de tapetes/passadeiras/carpets	Sim	52	17,4	33	11,1
	Não	129	43,3	63	21,1
Tipo de calçado (interior/externo)	Sim	72	19,7	32	8,7
	Não	173	47,3	65	17,8
Disposição do mobiliário nas divisões da casa	Sim	79	13,5	20	3,4
	Não	360	61,4	81	13,8
Tapete na banheira/poliban	Sim	89	14,9	44	7,4
	Não	350	58,5	68	11,4
Uso de acessórios de segurança na casa de banho	Sim	62	10,5	32	5,4
	Não	372	62,7	76	12,8

5. Quedas no domicílio: contributos para a compreensão do problema

Após a análise dos dados obtidos pretendemos procurar na bibliografia artigos cujo objeto de estudo seja idêntico ao nosso por forma a compararmos resultados e percebermos se os encontrados na população que estudamos são semelhantes aos encontrados por outros autores de diferentes países e realidades.

O envelhecimento é caracterizado como um fenômeno mundial que acarreta múltiplas alterações no indivíduo, físicas e cognitivas, capazes de aumentar a predisposição de ocorrência de quedas.

A média de idades dos participantes do nosso estudo foi de 74 anos, o que vai de encontro aos achados de Pereira e colaboradores (2013) no seu estudo intitulado de “Fatores socio ambientais associados à ocorrência de quedas em idosos”. Estes autores obtiveram que a idade dos idosos incluídos na sua análise variou de 60 a 102 anos, com uma média de 70,3 anos ($\pm 7,3$). Ainda em concordância com este achado, Carvalho e colaboradores (2012) auferiram que a população do seu estudo apresentava uma média de idade de 76 anos.

Enquanto que no nosso estudo a faixa etária mais preponderante foi entre os 70-79 anos de idade, num estudo de Fernandes e colaboradores (2014) e ainda de Almeida e colaboradores (2014) a faixa etária mais prevalente foi entre os 60-69 anos. No entanto, no estudo “Causas e consequências de quedas de idosos no domicílio” (Ferretti, Lunardi e Bruschi, 2013) são os idosos com mais de 80 anos que sofreram mais quedas, assim como no nosso estudo.

Ao analisarmos a distribuição do número de quedas entre sexo feminino e masculino, encontramos na nossa amostra que a maioria pertence ao sexo feminino, quer analisando a queda como evento isolado ou repetido. Este dado é corroborado com imensos estudos como relatam por exemplo Rodrigues e colaboradores (2015), em que numa amostra de 87 idosos com quedas, 58 eram do sexo feminino. Também no estudo intitulado “Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de geriatria” (Fernandes et al, 2014) em 49 idosos com quedas, 36 eram do sexo feminino.

Este fenômeno, encontrado em múltiplos estudos, pode ser explicado em parte pela maior longevidade feminina, o que indiretamente aumenta a proporção de idosas expostas a situações de perigo (Nascimento e Tavares, 2016), assim como a maior prevalência de doenças osteoarticulares que acometem mais frequentemente o sexo feminino, capazes de levar ao acontecimento de queda.

Mais de metade da nossa amostra (51%) é constituída por indivíduos casados. Ferretti, Lunardi e Bruschi (2013) constata achados similares no seu estudo já supracitado.

Além de casados, a maioria da nossa amostra possui 2 ou mais filhos, sendo que 77% referem partilhar o quarto com alguém. Este dado é semelhante ao obtido no estudo de Fernandes e colaboradores (2014), em que foi percebido um alto risco de queda em indivíduos casados e que residiam com outros membros da família.

No nosso estudo 56,1% da nossa amostra referem não ter frequentado a escola e 42,5% referem ter cumprido o ensino básico, equivalente a uma percentagem cumulativa de 98,6% de idosos com escolaridade baixa. Estes dados são corroborados com os apresentados no estudo “Fatores socio ambientais associados à ocorrência de quedas em idosos” (Pereira et al,

2013), que determinaram que os idosos com menos anos de escolaridade apresentam um maior risco de cair.

O maior grau de alfabetização pode traduzir uma maior compreensão acerca dos fatores de risco para a ocorrência de queda assim como um melhor entendimento/procura de informação junto dos profissionais de saúde no sentido de prevenir/minimizar a ocorrência deste evento. A melhor aquisição de conhecimentos poderá traduzir uma melhor consciencialização do seu estado de saúde, permitindo que este identifique as mudanças que estão a ocorrer na sua vida e que se envolva no processo de transição vivenciado.

No nosso estudo 72% dos idosos percecionam o seu estado de saúde como positivo (Bom e Muito bom), contudo numa análise relativa à presença de doenças verificamos a enumeração de várias patologias, sendo que constatamos uma maior incidência nas doenças musculo esqueléticas e articulares (38,1%). Também no estudo de Fernandes e colaboradores (2014) entre as doenças relacionadas com alto risco de queda encontrava-se listada os problemas da coluna vertebral.

No que concerne à manifestação de sintomas destacamos da nossa amostra: desequilíbrios constantes (44,1%); dificuldade em andar (42,6%); diminuição da visão e da audição (41,8% e 39,7% respetivamente); dor musculoesquelética e articular (38,3%). A apoiar estes dados verificamos no estudo de Rodrigues e colaboradores (2015) que os fatores intrínsecos mais prevalentes citados como responsáveis pela queda foram as alterações do equilíbrio (29,9%) e dificuldade para caminhar (12,6%). Também no estudo de Fernandes e colaboradores (2014) quando estabeleceram associação entre o alto risco para quedas e doenças referidas pelos idosos, destacaram os problemas de coluna (82,5%) e visão prejudicada (76,2%).

Associado ao estudo da queda como um fenómeno epidemiológico em crescendo, tem-se constatado que os locais assumidos como de maior segurança para o idoso são os mais propícios a este evento. Dentro deles o domicílio é o que assume maior destaque quer pelo tempo que o idoso permanece nele, quer pela negação de possíveis obstáculos pela longa familiarização com os mesmos, como por exemplo condição do pavimento, existência de escadas, a iluminação, entre outros.

Na tentativa de percebermos no nosso estudo o local de maior prevalência de queda constatamos que 79% dos idosos referiram ter caído em casa, ao contrário de menos de metade dos idosos (27%) que referiram ter caído fora de casa. Também num estudo desenvolvido por Preto (2017) no norte de Portugal, a maioria dos idosos inquiridos referiram ter caído no domicílio (40,1%).

Numa análise dos obstáculos internos do domicílio, mais de dois terços (74,6%) da nossa amostra referem ter de subir/descer mais de cinco degraus para aceder à habitação/exterior.

No estudo de Miranda, Mota e Borges (2010), de entre os fatores de risco extrínsecos identificados pelos 17 idosos da sua amostra, o que apresentou maior percentagem de distribuição foi a existência de escadas (64,7%), apesar de não referirem onde estas se localizam.

No nosso estudo a maioria da amostra reside em vivendas (47%) sendo que os idosos que apresentam mais que uma queda são os que vivem em casa própria. No nosso estudo percebemos que os idosos que apresentam mais quedas são os que vivem em casa própria (67,6%), assim como refere Gonçalves (2013) em “Risco de Queda dos Idosos no Domicílio”.

Na nossa amostra os idosos residem maioritariamente em vivendas (47%) e apresentam na sua habitação quatro ou mais divisões (67,8%).

Apesar de não terem sido encontrados estudos que analisassem a tipologia de habitação ou a sua constituição (nº de divisões e quais as existentes) como fatores capazes de influenciar o risco de queda, ou a queda efetiva, se associarmos diretamente as variáveis escolaridade e rendimento, é expectado que a maioria da nossa amostra deve apresentar um baixo rendimento mensal, o que poderá pressupor maior dificuldade em realizar a devida manutenção das suas habitações, não garantindo assim as questões mínimas de segurança.

Também no que concerne à localização da casa de banho, ou a existência de local para tomar banho completo, não foram encontrados estudos que façam referência a estes fatores na avaliação do risco de queda ou da presença de quedas. No nosso estudo a maioria dos idosos refere ter casa de banho dentro do próprio domicílio (86,2%) assim como local para tomar banho completo (96,9%).

Além da estrutura física da habitação, fatores como o uso de tapetes/passadeiras/carpets, tipo de calçado, disposição do mobiliário nas divisões da casa, tapete na banheira/poliban e uso de acessórios de segurança na casa de banho são já amplamente reconhecidos na literatura atual como capazes de aumentar/diminuir exponencialmente o risco de queda (Oliveira et al, 2019).

Os estudos por nós encontrados são tendencialmente focados na identificação da existência/ausência destes fatores. Não desvalorizando este foco de atenção, no nosso estudo a preocupação recaiu sobre a perceção da transmissão de informação por parte dos profissionais de saúde, relativo a este tema, tentando perceber a relação entre a falta de informação e o evento de queda.

De uma forma transversal a todos os itens questionados, a maioria dos idosos da amostra refere não ter sido abordada por nenhum profissional de saúde em relação aos cinco fatores já elencados.

Pensando no futuro e naquilo que o SNS tenta preconizar como sendo o caminho da saúde em Portugal, em que aposta cada vez mais em modelos de prestação de cuidados de saúde no domicílio, tendencialmente preventivos, surge aqui uma janela de oportunidade para os enfermeiros de reabilitação na prevenção/diminuição do evento de queda dos idosos no seu domicílio.

Como já analisamos no ponto 1.3. “Medidas preventivas de quedas preconizadas em Portugal”, são algumas as estratégias delineadas no âmbito da prevenção de quedas, contudo, percebemos pela análise da população do estudo uma prevalência do evento queda em 32% dos idosos (661 idosos que constituem a nossa amostra).

O confronto das duas realidades acima apresentadas faz com que reconheçamos como emergente a revisão das estratégias preventivas de queda no idoso a viver na sua casa, atualmente em uso. Acreditamos que os enfermeiros de reabilitação devam ser parte integrante das equipas de prestação de cuidados, para que sejam capazes de identificar/minimizar e anular riscos inerentes da habitação assim como uma participação ativa na educação do idoso, da sua família e da comunidade que integra no sentido de perpetuar o trabalho de prevenção.

Ao olharmos para estudos recentes, como o de Venâncio, Almeida e Filipe (2019) em que nos é reportado que as despesas com quedas equivalem a uma percentagem entre 0,8% a 1,5% do orçamento total da saúde, percebemos rapidamente a dimensão económica inerente a esta problemática. Ainda no mesmo estudo, assim como no estudo de Marques e colaboradores (2015), as despesas resultantes de fraturas de fémur alcançaram os 216 milhões de euros.

Sabendo nós que uma das principais consequências da queda é a fratura proximal do fémur (Luzia et al, 2019), ao relacionar os dados acima apresentados com os por nós encontrados, no que diz respeito ao elevado número de idosos com queda efetiva, podemos deduzir que grande parte do orçamento destinado à problemática quedas, possivelmente está a ser consumido na resolução de consequências pós queda, e não na prevenção eficaz da mesma.

No estudo de Venâncio, Almeida e Filipe (2019), os autores procuraram perceber o impacto económico da prevenção de quedas nos idosos, partindo da intervenção das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Os autores relatam que as ECCI atuavam através da implementação de intervenções que cobriam desde a identificação à modificação de fatores de risco de quedas no domicílio, a educação dos idosos e/ou prestador de cuidados sobre esses riscos e também estratégias complementares do autocuidado.

Foi concluído pelos mesmos autores que a ação das ECCI no domicílio dos idosos teve uma taxa de efetividade associado à prevenção de quedas de 57,5%; uma poupança de 16.952,46 euros e um ganho em saúde de aproximadamente 4,46 QALYs (Quality Adjusted Life Years) para os idosos.

Encontramos aqui uma necessidade válida de repercutir estes dados encontrados por Venâncio e Almeida e Filipe (2019) a nível nacional, exigindo de nós uma reflexão sensata sobre o que fazer a partir daqui: reorganizar os cuidados de saúde direccionados à prevenção de quedas? (Re)analisar a distribuição dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no âmbito das valências do SNS? Analisar a referenciação dos doentes com risco de queda para as equipas de saúde? Estarão as práticas atuais no âmbito de prevenção de quedas de encontro às reais necessidades da população?

CONCLUSÃO

Atualmente encontramos-nos numa sociedade tendencialmente caracterizada por uma população envelhecida e com uma maior longevidade.

Nesta fase do ciclo vital a casa assume-se como o local onde o idoso permanece a maior parte do seu tempo, pelo que emerge a necessidade que as condições da habitação acompanhem o próprio processo de envelhecimento do indivíduo.

A permanência na habitação do idoso pode passar por uma preferência do mesmo, ou então pela ausência de outro tipo de respostas. Independentemente do motivo todos os idosos têm direito ao devido acompanhamento pelos profissionais de saúde capazes de o ajudar a transformar a sua habitação num lar seguro em toda a sua extensão. Aqui o enfermeiro de reabilitação assume um papel de maior importância sendo capaz de identificar os fatores de risco, assim como criar estratégias capazes de os minimizar/eliminar.

Os idosos que constituem a nossa amostra são maioritariamente do sexo feminino, com média de idades de 74 anos, casados e com baixa escolaridade. De uma forma geral habitam em residência própria, vivenda ou apartamento, partilhando a habitação com alguém.

No que concerne às características da habitação, globalmente, constatamos a existência de 4 ou mais divisões, sendo que o quarto é partilhado. Verifica-se a existência de 5 ou mais degraus de acesso ao interior/exterior da habitação e casa de banho completa dentro da mesma. Relativamente à informação sobre fatores externos, capazes de aumentar o risco de queda, a maioria dos idosos refere não terem sido abordados sobre este assunto.

Face à análise dos dados mais frequentes e tendo em conta as limitações do estudo, consideramos que, uma vez que a maioria dos idosos referem ter mais de 4 divisões no seu domicílio, seria importante percebermos em qual da divisão aconteceu a queda, de forma a futuramente dirigir a intervenção à área específica da habitação. Contudo, esta limitação prende-se ao facto de não ter sido o mesmo investigador a recolher e tratar os dados colhidos através do questionário utilizado.

Também pela análise da bibliografia notamos uma lacuna em encontrar estudos com as mesmas variáveis de análise do nosso, mais propriamente sobre o tipo de habitação, tipologia, existência de casa de banho completa, número de divisões. Tendo em conta os dados obtidos sobre a percentagem de queda em relação a cada uma das variáveis pensamos ser importante no futuro analisar: a área das divisões, por forma a perceber o espaço de livre circulação nas diferentes divisões; o rendimento dos idosos para averiguar relação entre esta variável e a tipologia de habitação no que concerne à facilidade da sua manutenção ou não; a arquitetura da casa de banho (piso, área, disposição das peças sanitárias) uma vez que são os idosos que possuem casa de banho na residência e com local

completo para tomar banho que mais caem seria importante perceber qual o(s) fator(es) de risco(s) encontrado(s) nesta divisão.

Estas são características importante que trouxemos de novo para um olhar futuro, capazes de ajudar na percepção da existência ou não de um padrão nos idosos com queda, no que diz respeito às características da sua habitação.

Reconhecendo os programas de prevenção de quedas já existentes em Portugal e constatando o crescente número de quedas no território nacional, é notório os encargos financeiros do país para com esta problemática. Isto conduz a uma reflexão acerca da implementação e adequação dos programas desenvolvidos, levando a ponderar se existirá um problema a nível das soluções já desenhadas, ou carência de recursos humanos especializado para as implementar junto dos idosos.

Uma preocupação que emergiu ao longo do desenvolvimento deste trabalho foi a importância de perceber como são sinalizados e encaminhados no Sistema Nacional de Saúde os idosos com risco de queda e/ou necessidade de intervenção no domicílio, e de que forma os enfermeiros de reabilitação destacados nas várias vertentes da prestação de cuidados têm acesso a esta triagem.

É nestas duas vertente, a sinalização e o acompanhamento do idoso, que pensamos ser importante o enfermeiro de reabilitação assumir um papel de liderança das equipas, uma vez que se torna capacitado para perceber as reais necessidades e desafios habitacionais dos mesmos.

Esperamos que este trabalho possa contribuir para dirigir a investigação sobre a temática das quedas em ambiente domiciliário e ainda abrir novas portas para os enfermeiros de reabilitação alargarem o seu papel nas equipas destacadas para a comunidade.

Este trabalho reflete ainda uma necessidade de análise das medidas já preconizadas neste âmbito, parecendo-nos pertinente perceber a existência de enfermeiros de reabilitação alocados a estes programas de prevenção quedas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADELIA - Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada, Relatório 2006 -2008, INSA, 2011.
- ALMEIDA, V.C. et al - Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas. *Revista APS*. 17(4). out/dez 2014, p.530-536.
- ALVES, G. et al- Atuação do enfermeiro na prevenção de quedas no idoso em domicílio. Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2013 p. 1013-1025.
- ALVES, T. [et al]. - Acidentes domésticos e de lazer: resultados do sistema de vigilância EVITA apurados para o período 2013-2015. Observações - Boletim epidemiológico. N°18, 2ª serie. 2017, p. 43-46.
- AMORIM, J.- Estimativas divergentes de quedas entre idosos: debate epidemiológico a partir das características conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 23, Edição1. 2018, p. 345
- BIZERRA, C. et al. - Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. (jan./mar. 2014). 6(1). p. 203-212.
- CABRITA, M.; JOSÉ, H. O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: programa de enfermagem para prevenção de quedas. *Revista de Enfermagem UFPE*. Recife, 7(1), jan./2013, p.96-103.
- CAMARA MUNICIPAL DE FAMALICÃO - Programa Casa Feliz. Disponível para consulta em: https://www.vilanovadefamalicao.org/_casa_feliz
- CARVALHO, F. et al - Quedas domiciliares: implicações na saúde de idosos que necessitaram de atendimento hospitalar. *Revista de Enfermagem*. v. 8 n. 8. 2012, p. 17-30.
- CARVALHO, N. - A importância da realização de atividades no processo do envelhecimento ativo de idosos Institucionalizados. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Braga, 2016.
- CUNHA, C. Envelhecimento bem-sucedido na perspectiva das pessoas mais velhas: um estudo qualitativo com professoras do 1º ciclo. Curso de Mestrado Gerontologia Social. Instituto Politécnico Viana do Castelo, 2016.
- DESPACHO N.º 1400-A/2015. Publicado em Diário da República, 2.ª série – N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015. Disponível para download em: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>
- DECRETO DE LEI NÚMERO 163/2006. Publicado em Diário da República n.º 152/2006, Série I de 2006-08-08. P. 5670 - 5689. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/538624/details/maximized>
- DIAS, A.; FERREIRA, D.; FERREIRA, S. - Prevenção de quedas nos Idosos. Julho, 2016.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). Prevenção Dos Acidentes Domésticos Com Pessoas Idosas. Disponível para download em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2009). Projeto Habitação e Saúde - Planos Locais de Ação em Habitação e Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-ambiental/areas-de-intervencao/habitacao.aspx>.
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Disponível para download em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da solidariedade entre gerações. 2012.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas. 2012

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário. 2012. Disponível para download em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes.aspx>

ESQUENAZI D.; SILVA, S.; GUIMARÃES, M. - Aspetos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, vol.13, n. 2 (2014) 13(2). p. 11-20.

FABRICIO, S. C. C; RODRIGUES, R. A. P; COSTA, COSTA JUNIOR, Lobo, M. - *Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais*. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, fev. 2004.

FERNANDES, M. et al- Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de geriatria. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 16(2). abr./jun. 2014, p.297-303.

FERNANDES, J. - Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Relatório de Estágio: Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2018.

FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. - Causas e consequências de quedas de idosos no domicílio. *Fisioterapia em movimento*. 26(4). (set/dez 2013) p. 753-62.

FORTIN, M. - Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. 3. ed. Loures: Lusociência, 2009.

FORTIN, M. - O Processo de Investigação: da Conceção à Realização. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 1999.

FREITAS, R. et al. - Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Mai./jun., 2011, p. 478-85.

GRUPO AÇÃO SOCIAL PORTO - Programa reabilitação habitacional e intervenção social. Disponível em: <https://www.gasporto.pt/portugal/rhis-2/>

GONÇALVES, C. (2004), "Caracterização da população residente em alojamentos não clássicos", in Instituto Nacional de Estatística, Censos de 1991 e 2001, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, pp. 71-88.

GONÇALVES, F. - *Risco de Queda dos Idosos no Domicílio*. Mestrado em Enfermagem Comunitária. Viseu, 2013.

DIOGO, A; MOURA, M. - Manual do Cuidador: prevenção de quedas em idosos no domicílio. Governo dos Açores - Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Principais indicadores territoriais: construção e habitação. 2001. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&bdpagem=1&bdnivelgeo=1&contexto=bd&bdtemas=1610&bdsubtemas=161012

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA- "CENSOS 2011: Parque habitacional (Resultados pré-provisórios)", in Destaque: informação à comunicação social, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA- "CENSOS 2011: Resultados pré-definitivos", in Destaque: informação à comunicação social, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2015) -Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Dia Mundial da População- 11 de julho de 2015. Disponível

em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224_679354&DESTAQUESmodo=2

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2018) - Índice de envelhecimento. [Em linha] Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

INSTITUTO NACIONAL DE REABILITAÇÃO (2007) - Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade. Disponível para download em: <http://www.inr.pt/content/1/3/pnpa>

IWARSSON, S. et al - Person-environment fit predicts falls in older adults better than the consideration of environmental hazards only. *Clinical Rehabilitation*. 23:6, jun. 2009, 558-567.

LANGE, C. Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência, atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005, p. 221.

LOPES, M. C. L. et al. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. *Cogitare Enferm*, 2007, Out/Dez; 12(4):472-7.

LUZ, W.A.M. et al. - Análise dos fatores associados a quedas de idosos no domicílio. *Revista Portal de divulgação*. São Paulo. Nº31. Ano 3. abril 2013, p.6-17.

LUZIA, M. et al. - Características das quedas com dano em pacientes hospitalizados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. Vol.40. 2019, p. 1-7.

MARI, F. et al. - O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, 19(1) 2016, p.35-44.

MARQUES, A. et al. - Portuguese working group for the study of the burden hip fractures in Portugal. The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: costs, health related quality of life and mortality. *Osteoporos Int*. 2015, 26(11), p 2623-30.

MARTIN, I. et al.- Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Revista da faculdade de letras da universidade do porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012, p.177-203.

MARTINS, L.- Investigação em Enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *In Referência*, vol. 12, nº 2, 2008, p. 62-66.

MELO, B., SANTOS, P., GRATÃO, A. - Fatores de risco extrínsecos para quedas em idosos: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Vol.6(2), 2014, p.695-703.

MIRANDA, R.; MOTA, V.; BORGES, M. - Quedas em idosos: identificando fatores de risco e meios de prevenção. *Revista Enfermagem integrada - Ipatinga: Unileste-MG*. Vol.3 n.1 jul./ago. 2010, p. 453-464

NASCIMENTO, J.; TAVARES, D. - Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*. 25(2) (2016). p. 1-9.

NUNES, L. - Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação em Enfermagem. Edição: Departamento de Enfermagem ESS|IPS Campus do IPS, Estefanilha. Setúbal, (Portugal) 2013.

OLIVEIRA, T.; BAIXINHO, C.; HENRIQUES, M. - Risco Multidimensional de queda em idosos. *Revista Brasileira Promoção de Saúde*, Fortaleza. 31(2). Abr./jun. 2018, p.1-9.

OLIVEIRA, S [et al]. - Fatores de risco para quedas em idosos no domicílio: um olhar para a prevenção. *Brazilian Journal of health Review*. Vol. 2, No 3, mar./abr. 2019, p 1568-1595.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Guia Global: Cidade amiga do idoso. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Victoria: Canadá, 2007.

- PEREIRA, S. et al. - Quedas em idosos. Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia. Jun. 2001.
- PEREIRA, G. et al - Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. *Ciência e saúde coletiva*. 18(12), 2013, p.3507-3514.
- PETRIDOU, E. et al - The evolution of unintentional injury mortality among elderly in Europe. *J Aging Health*, 20(2), 2008, p.159-182.
- PRETO, I. - Quedas em idosos investigar para conhecer; conhecer para intervir. Dissertação de mestrado em enfermagem comunitária. Bragança, jun. 2017.
- PRODANOV, C.; FREITAS, E. - Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013.
- RAPOSO, H. - Apreciação ética de projetos de investigação em saúde: uma reflexão situada a propósito da ética de investigação em ciências sociais. *Revista da associação portuguesa de sociologia*. N.12, Dez 2016, p.22-48.
- ROSA, M. - O envelhecimento da sociedade portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.
- REGULAMENTO N.º 125/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- RIBEIRO, A. - A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.4, pp.1265-1273.
- RITO, S.; MARTIN, I. - Situação habitacional das pessoas idosas na baixa pombalina. Aveiro. Universidade de Aveiro, 2011.
- RODRIGUES, R. et al. - Quedas em idosos domiciliados e sua associação com as atividades da vida diária. *Revista enfermagem UERJ*. 23(5) Rio de Janeiro. Set/Out 2015 p.589-595.
- SANTOS, J. - As intervenções eficazes na prevenção de quedas em pessoas a viver em casa. *Revista UIIPS*. N 1, Vol. 2. Fev. 2014, p 175.
- SANTOS, S.; FIGUEIREDO, D. - Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 24 nº1, 2019, p.77-86.
- SNS - Tropeções, quedas e trambolhões. 2017. Disponível em: <https://biblioteca.min-saude.pt/livro/sns1>
- SOARES, A. - Quedas em idosos: uma abordagem multifatorial. *Boletim informativo unimotrisaude em sociogerontologia*. N.º 2 Vol. 2, 2011, p.33-44.
- SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.15(3) (Maio-junho), 2007.
- UNITED NATIONS (2006), Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing, Geneva, United Nations. - (2007), World Economic and Social Survey Development in an Ageing World, New York, United Nations.
- VENÂNCIO, B., ALMEIDA, A., FILIPE, M. - O impacto económico da prevenção de quedas em idosos: uma análise custo-utilidade À intervenção das Equipas de Cuidados Continuados integrados. *Jornal Brasileiro da Economia em Saúde*. 2019, 11(1), p. 1-8.
- VERAS, M. et al. - Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. *Revista Interdisciplinar*. v. 8, n. 2, Abr./Jun. 2015 , p. 113-122.

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Perguntas selecionadas para a colheita de dados

PARTE 1 - Características sociodemográficas e clínicas	
Questão 1	Sexo
Questão 2	Idade
Questão 3	Estado Civil
Questão 4	Idade Cônjuge
Questão 5	Nº de Filhos
Questão 7	Escolaridade
Questão 10	Com quem coabita
Questão 11	Nº de elementos do agregado familiar
Questão 13	Tipo de habitação
Questão 13.1	Habitação
Questão 14	Partilha o quarto com alguém
Questão 15	Nº de degraus para chegar à zona onde habita
Questão 15.1	Facilidade em aceder às divisões da casa
Questão 16	Nº de divisões existentes
Questão 16.1	Que divisões existem em casa
Questão 16.2	Localização da casa de banho em relação à habitação
Questão 16.2.1	Existência de local na casa de banho para tomar banho completo
PARTE 2 - Condições de Saúde	
Questão 20	Perceção do estado de saúde
Questão 23	Conhecimento sobre existência de patologias
Questão 24	Presença de sintomas/manifestações de doença
Questão 25	Prevalência de queda nos últimos 6 meses
Questão 26	Local onde ocorreu a queda
Questão 31	Existência de informação sobre condições físicas de prevenção de quedas e qual o profissional veiculador da informação
Questão 32	Existência de alarme de queda
Questão 33	Perceção do risco de cair

Questões adaptadas do questionário utilizado por Martins e colaboradores (2014) num estudo mais alargado intitulado “VIVER BEM COM MAIS IDADE do contexto familiar ao apoio institucional”