

*Millenium, 2(ed espec nº1), 185-192.*

**PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**  
**FALL RISK PREVALENCE AND DETERMINANTS IN ELDERLY INSTITUTIONALIZED**  
**PREVALENCIA Y DETERMINANTES RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS**

*Rosa Martins<sup>1</sup>*  
*Daniela Campos<sup>2</sup>*  
*Helena Moreira<sup>1</sup>*  
*Carlos Albuquerque<sup>1</sup>*  
*Ana Andrade<sup>1</sup>*  
*Conceição Martins<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup>Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSH, Instituto Politécnico de Viseu Portugal

<sup>2</sup>Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, Portugal

## RESUMO

**Introdução:** Os idosos institucionalizados apresentam risco de queda aumentado, quando comparado com os idosos não institucionalizados. A questão das quedas deve ser encarada como um grave problema de saúde pública, dadas as suas consequências e custos irreversíveis.

**Objetivo:** O estudo pretende avaliar o risco e os determinantes das quedas em idosos institucionalizados.

**Método:** Estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e quantitativo. Utilizou uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 136 idosos institucionalizados, com idades que oscilam entre os 65 anos e os 99 anos de idade, com uma média de idades de 85,98 anos.. Na colheita de dados foi utilizado um protocolo que integrava questões de caracterização sociodemográfica, contextual e clínica. Foram ainda utilizadas as escalas de Funcionalidade Familiar, Escala de Avaliação da Dependência nos Autocuidados e a Escala de Tinetti ( POMA I).

**Resultados:** A maioria da amostra apresenta risco de queda, uma vez que cerca de 45,6% dos idosos apresenta elevado risco de queda, 16,2% médio risco e 38,2% baixo risco. Verificámos ainda que o risco de queda era maior nos idosos: do género feminino ( $p=0,014$ ), com baixa literacia ( $p=0,000$ ), com défice cognitivo ( $p=0,014$ ), portadores de doenças neurológicas e osteoarticulares ( $p=0,000$ ), e com diminuição da acuidade visual e auditiva. ( $p=0,010$ ).

**Conclusões:** Inversamente, os idosos mais autónomos na marcha, na higiene pessoal e na toma da medicação eram aqueles que apresentam menor risco de queda.

**Palavras-chaves:** Idosos; Risco de queda; Institucionalização; Capacidade funcional; Equilíbrio

## ABSTRACT

**Introduction:** The institutionalized elderly are at increased risk of falling compared to the non-institutionalized elderly . The issue of falls should be seen as a serious public health problem , given its consequences and irreversible costs.

**Objective:** The study aims to assess the risk and determinants of falls in institutionalized elderly .

**Methods:** non-experimental , cross-sectional, descriptive and correlational and quantitative study . Used a non-probabilistic convenience sample consisting of 136 institutionalized elderly with ages ranging between 65 and 99 years old with an average age of 85.98 years .. The data collection was used a protocol that integrated issues of socio-demographic characterization , and clinical context . They also used the scales of Family Functioning, Addiction Rating Scale in the Self-care and Tinetti Scale ( POMA I) .

**Results:** The majority of the sample has downside risk, since about 45.6% of the elderly has a high risk of falling, 16.2% and 38.2% medium risk low risk. We have further found that the risk of loss was higher in the elderly: female gender ( $p = 0.014$ ) with low literacy ( $p = 0.000$ ), with cognitive impairment ( $p = 0.014$ ), neurological disorders and osteoarticular ( $p = 0.000$ ) and with reduced eyesight and hearing. ( $P = 0.010$ ).

**Conclusions:** Conversely, more autonomous elderly gait, personal hygiene and medication taken were those with lower risk of falling.

**Keywords:** Elderly; Risk of falls; Institutionalization; Functional ability; Balance

## RESUMEN

**Introducción:** Ancianos institucionalizados tienen un mayor riesgo de caídas en comparación con las personas mayores no institucionalizadas. La cuestión de caídas debe ser visto como un problema grave de salud pública, teniendo en cuenta sus consecuencias y costos irreversibles.

**Objetivo:** El estudio tiene como objetivo evaluar el riesgo y los factores determinantes de caídas en ancianos institucionalizados.

**Métodos:** estudio no experimental, transversal, descriptivo y correlacional y cuantitativa. Se utiliza una muestra no probabilística que consta de 136 ancianos institucionalizados con edades comprendidas entre 65 y 99 años de edad, con una edad promedio de 85.98 años .. La recolección de datos se utilizó un protocolo que problemas integrados de la caracterización socio-demográfica, y el contexto clínico. También utilizaron las escalas de funcionamiento de la familia, la adicción Escala de Valoración en el auto-cuidado y la Escala de Tinetti (POMA I).

**Resultados:** La mayoría de la muestra tiene riesgo a la baja, ya que alrededor del 45,6% de los ancianos tiene un alto riesgo de caer, el 16,2% y el 38,2% de riesgo medio-bajo riesgo. También se ha encontrado que el riesgo de pérdida fue mayor en los ancianos: el sexo femenino ( $p = 0,014$ ), con bajo nivel de alfabetización ( $p = 0,000$ ), con deterioro cognitivo ( $p = 0,014$ ), trastornos neurológicos y osteoarticular ( $p = 0,000$ ) y con visión reducida y el oído. ( $P = 0,010$ ).

**Conclusiones:** Por el contrario, la marcha más autónomos de edad avanzada, la higiene personal y medicamentos que se toman son los que tienen un menor riesgo de caer.

**Palabras Clave:** Ancianos; Riesgo de caídas; Institucionalización; Capacidad funcional; Equilibrio

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos mais importantes do séc. XXI, principalmente nas sociedades ditas desenvolvidas, sobretudo pelas implicações pessoais familiares sociais e económicas que acarreta (Drago & Martins, 2012). As sociedades têm feito tentativas de ajustamento progressivo transformando o que era considerado no passado uma fatalidade, em oportunidade de um envelhecimento ativo em que se promove a participação e a independência do idoso (Ribeiro & Paul, 2011).

O conceito de idoso varia de acordo com as dimensões consideradas, sendo que biologicamente, o envelhecimento é um processo que se inicia logo desde o nascimento, socialmente, varia de acordo com o momento histórico e cultural e, intelectualmente, o indivíduo envelhece quando as suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração. Sob o ponto de vista económico, o envelhecimento acontece quando a pessoa se reforma e deixa de ser produtiva para a sociedade. Por último, e não menos importante o envelhecimento funcional surge, quando o indivíduo perde a sua independência e necessita de suporte nas suas atividades de vida diária (Silva, 2009).

No contexto da União Europeia, Portugal situa-se abaixo da média na proporção de jovens e acima da média na proporção de idosos, estando por isso entre os países mais envelhecidos da União. O índice de envelhecimento em Portugal era de 136 idosos por cada 100 jovens em 2013, destacando-se o Alentejo como a região mais envelhecida e a Região Autónoma dos Açores como a menos envelhecida (INE, 2014). Na região Centro de Portugal (área geográfica de realização do estudo) cerca de 23% da população tem idade igual ou superior a 65 anos, e em contrapartida os jovens com idade inferior a 14 anos correspondem somente a 13% da população total (INE, 2015). Este fenómeno do envelhecimento demográfico da população, aliado às alterações observadas nos últimos anos nas dinâmicas familiares, conduz a uma crescente procura das instituições para idosos como resposta às necessidades sentidas São vários os fatores que levam os idosos a recorrerem à institucionalização estando estes relacionados com: falta de apoio familiar, falta de habitação condigna, falta de recursos económicos e dependência no autocuidado (Carvalho & Dias, 2011).

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As dependências dos idosos são variadas e estão associadas a um sem número de alterações físicas e neurológicas tornam a pessoa idosa mais vulnerável à ocorrência de acidentes, com principal enfoque nas quedas. Os acidentes domésticos têm como principal mecanismo de lesão a queda, aumentando esta com a idade, chegando nas pessoas com mais de 75 anos a representar cerca de 90% das ocorrências (Contreiras, Rodrigues & Nunes, 2011).

Os idosos institucionalizados, apresentam um risco de queda aumentado, quando comparados com os idosos que vivem na comunidade e segundo WHO (2007), 30-50% dos idosos que se encontram institucionalizados caem todos os anos e 40% destes têm quedas recorrentes. As quedas resultam da interação complexa de vários fatores, que podem ser categorizadas em várias dimensões: biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica. Relativamente à dimensão biológica, existem fatores considerados não modificáveis (idade, género e raça) e modificáveis (doenças crónicas, declínio das capacidades físicas, afetivas e cognitivas). A dimensão comportamental diz respeito às ações humanas, ou seja às emoções e às escolhas que cada um faz no seu dia a dia, como por exemplo, vida sedentária, abuso de álcool, calçado inadequado, entre outros. A dimensão ambiental, comporta todo o meio envolvente ao indivíduo como o design e adaptação dos edifícios, chão escorregadio, falhas ou superfícies não niveladas, luz insuficiente, entre outros. Por fim, a dimensão socioeconómica, engloba todos os fatores passíveis de serem alterados pela sociedade, como o nível educacional, condições de habitabilidade, nível de acesso aos cuidados de saúde, entre outros (WHO, 2007).

De facto numa altura em que cada vez mais, se fala do impacto económico que as diversas doenças ou acontecimentos podem provocar, as quedas constituem um importante custo no plano de assistência, podendo estes custos ser diretos como a visita ao médico, conta do hospital, reabilitação, exames complementares de diagnóstico, medicação, entre outros, ou indiretos como a morbilidade e mortalidade do indivíduo (Lord, et al, 2007).

As consequências das quedas são múltiplas, porém contribuem na maioria das vezes para o aumento da dependência funcional do idoso após as mesmas. Por estas razões, as investigações sobre as quedas em idosos institucionalizados no sentido da sua compreensão nas diferentes dimensões, constituem inegáveis mais valias na reformulação dos cuidados da prática clínica, sobretudo no âmbito das competências dos enfermeiros especialistas de reabilitação.

## 2. MÉTODOS

Conceptualizou-se um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo, que teve como principal objetivo identificar o risco de quedas presente em idosos institucionalizados e verificar em que medida variáveis sociodemográficas clínicas e psicossociais estão associadas a esse risco.

Selecionou-se uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 136 idosos institucionalizados da região geográfica do concelho de Viseu. A elegibilidade dos participantes emergiu dos seguintes critérios de inclusão: possuir mais de 65 anos de idade, estar institucionalizado e apresentar capacidade cognitiva de colaboração no estudo (avaliada através do Mini Mental State Examination).

A colheita de dados decorreu entre Fevereiro e Maio de 2015 e o instrumento de colheita de dados utilizado integrava quatro secções: a primeira referente á caracterização sociodemográfica, a segunda referente à caracterização clínica; a terceira referente à caracterização familiar (Escala da Funcionalidade Familiar), e avaliação da dependência nos autocuidados (Escala de Avaliação da Dependência nos Autocuidados ); e por último a quarta secção referente ao historial de queda e à avaliação do risco de queda através do Índice de Tinetti. Todas estas escalas já foram testadas e validadas para a população portuguesa.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte dos órgãos Diretivos das Instituições e respetivas Comissões de Ética, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O tratamento estatístico foi efectuado através do programa Statistical Package Social Science versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft, e foi processado utilizando estatística descritiva e estatística inferencial.

## 3. RESULTADOS

Os idosos da nossa amostra apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos, com uma média de idades de 85,98 anos e maioritariamente (76,6%) do sexo feminino. O estado civil mais prevalente é a viuvez (60,7%), e os níveis de escolaridade encontrados são genericamente baixos (1º e 2º ciclo para 73,4%). Apesar da sua institucionalização, a maioria (56,4%) dos idosos percebe a integrar famílias altamente funcionais.

Em termos clínicos, constatámos que as patologias com maior representatividade eram: as cardíacas (70,6%), as osteoarticulares (62,5%) e as neurológicas (55,1%). Encontramos idosos polimedicados e os grupos farmacológicos com maior relevância para o estudo eram os anti hipertensores (57,4%), sedativos (54,6%) e diuréticos (51,5%).

Apresentavam diminuição da acuidade auditiva (78,5%) diminuição da visão (62,2%), e dificuldades de mobilidade (54,2%), contudo raras vezes sentem dor (52,6%) e apenas 33,3% dos Idosos admitiu ter frequentado programas estruturados de reabilitação.

As quedas estão presentes nestes idosos institucionalizados, uma vez que 27,2% refere ter sofrido pelo menos uma queda, nos últimos doze meses de institucionalização. O período diurno é aquele onde a maioria das quedas ocorre (81,1%), sendo o quarto o espaço da residência onde esta acontece com mais frequência (46%). O motivo principal da queda é o “escorregar” (62,2%) e as consequências resultantes levam 75,7% dos idosos a recorrer aos serviços de saúde para assistência.

Considerando o risco de queda (pela análise da tabela 1) verificámos que 45.6%, dos nossos participantes apresente risco elevado, 38.2% baixo risco e 16.2% risco médio. O estudo comparativo entre homens e mulheres revela que as mulheres apresentam maioritariamente risco elevado de queda (51.0%), enquanto os homens apresentam baixo risco (53,0%), porém as diferenças estatísticas não significativas ( $\chi^2=5.227$ ;  $p=.073$ ). A apresentação de resultados deverá ser objetiva e completa, permitindo compreender as análises efetuadas.

Tabela 1 – Risco de Queda (por grupos) segundo o género

Género	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado:
	N (34)	% (25.0)	N (102)	% (75.0)	N (136)	% (100,0)	
Alto	10	29,4	52	51,0	62	45,6	$\chi^2=5,227$ ; $p=0,073$
Médio	6	17,6	16	15,7	22	16,2	
Baixo	18	53,0	34	33,3	52	38,2	

A análise inferencial do estudo sobre as correlações existentes entre as variáveis mostrou que os idosos com maior risco de quedas eram do sexo feminino ( $p=0,014$ ), possuíam menores habilitações académicas (1º ciclo,  $p=0,000$ ), eram portadores de patologias neurológicas e osteoarticulares ( $p=0,000$ ) e tomavam diariamente benzodiazepinas, neurolépticos, diuréticos e antidiabéticos orais ( $p=0,012$ ).

Paralelamente, os idosos com diminuição da acuidade auditiva e visual ( $p=0,010$ ) com uso de oxigénioterapia ( $p=0,010$ ), sem frequência de programas de reabilitação ( $p=0,039$ ) e menor autonomia nos autocuidados relativos ao banho, toma de medicação e marcha, eram aqueles que apresentavam maior risco de queda.

Inversamente a idade, o estado civil, a percepção revelada sobre a funcionalidade familiar e a dor não se correlacionam de forma significativa ( $p>0,05$ ) com o risco de queda destes Idosos.

#### 4. DISCUSSÃO

Não querendo nós, ver o envelhecimento como uma etapa da vida problemática, sabemos que está associado a diversas alterações estruturais e funcionais que podem propiciar a ocorrência de quedas. Assim sendo estas não devem ser vistas como uma questão isolada, mas sim, como fator de fragilidade, uma vez que os idosos com maior risco de queda apresentam maior incapacidade funcional, estão institucionalizados e utilizam com maior frequência os serviços de saúde.

Os nossos resultados mostram uma elevada prevalência de risco de queda em idosos institucionalizados uma vez que 45,6% da amostra apresenta alto risco de queda, 16,2% médio risco, e somente 38,2% apresenta baixo risco. Estes dados corroboram Silva, et al, (2014), quando refere que a maioria (66,7%) dos idosos do seu estudo, apresentava alto risco de queda, embora com graus de fragilidade distintos.

O conhecimento do tempo, local e circunstâncias em que ocorrem as quedas dentro das instituições é fundamental, pois só deste modo é possível, desenvolver estratégias no sentido de promover a sua prevenção. O período diurno (no nosso estudo) mostrou ser aquele onde ocorre a maioria das quedas (81,1%), á semelhança dos estudos publicados por Ferreira e Yoshitome (2010), que concluem que é no período da manhã que ocorrem mais quedas, dado ser o período de maior mobilidade dos idosos.

Já o local onde as quedas ocorreram com maior frequência (46%), foi o quarto, alertando-nos para a necessidade de tornar estes locais mais seguros, e mais vigiados pelas equipas de prestação de cuidados. Gomes, et al, (2013), Almeida e Neves, (2013), dizem-nos que o quarto e a casa de banho constituem locais de elevada ocorrência de quedas.

Ao averiguarmos os motivos pelos quais ocorreu a queda, verificamos que o “escorregar” era responsável por 62,2%, seguindo-se o “tropeçar” (24,3%) e as tonturas (10,8%). Também estes resultados reforçam os dados de Santos, (2012) ao referir que a causa mais comum de queda é o “escorregar e tropeçar”.

Estes dados alertam-nos para a importância de implementar nas habitações pisos antiderrapantes, realização de sessões informativas aos idosos e familiares, sobre prevenção de acidentes domésticos, utilização de meios auxiliares de marcha adequados, o uso de calçado fechado e antiderrapante, avisos de piso molhado ou escorregadio, e ainda a existência de supervisão na deambulação.

Assistimos atualmente a uma valorização crescente das repercussões económicas das diferentes ocorrências e por isso as consequências das quedas em idosos são sem dúvida um problema grave tanto ao nível dos gastos em saúde, como nas repercussões que tem na qualidade de vida e na autonomia do idoso. De facto a maioria dos nossos idosos teve consequências resultantes das quedas que vão desde simples escoriações (18,9%), equimoses (32,5%), ás fraturas ósseas (21,6%). De realçar, que 70.3% dos Participantes tiveram de recorrer aos serviços de saúde para ser atendidos. Almeida e Neves, (2013) também referem como principais consequências os hematomas as escoriações e situações mais graves com necessidade de assistência ( 54%).

As quedas nos idosos são na verdade multifatoriais e envolvem condições de carater intrínseco e extrínseco: verificamos que as mulheres apresentaram um risco de queda superior aos homens á semelhança de Almeida e Neves, (2013), Barbosa e Oliveira, (2012) e Teixeira et al, ( 2014), pois há que ter em conta o aumento da longevidade feminina, a propensão para o desenvolvimento de doenças osteoarticulares, com especial relevância para a osteoporose como fatores facilitadores da ocorrência de quedas. Também às habilitações literárias mostraram correlacionar-se com o risco de queda de forma negativa ou seja, os idosos com maior nível de escolaridade apresentam menor risco de queda, e vice-versa.

Os antecedentes clínicos têm sido associados em muitos dos estudos como fatores determinantes das quedas: também os idosos do nosso estudo portadores de patologias neurológicas e osteoarticulares apresentam maior risco de queda. Estes dados robustecem o que tem sido descrito na literatura, em que a doença de Parkinson, as miopatias e neuropatias periféricas, espondilose cervical e demências são doenças estreitamente relacionadas com o aumento do risco de queda (Freitas & Py, 2011). As patologias neurológicas e osteoarticulares, estão muitas vezes relacionados, com a diminuição do equilíbrio e da força dos membros inferiores,

situação esta que conduz à ocorrência de quedas. De facto o conhecimento dos antecedentes clínicos, constituem uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde, com vista a uma atuação mais incisiva em determinados grupos de idosos. A aplicação de programas de reabilitação, com vista ao aumento do equilíbrio e tonificação e força dos membros inferiores aparece como sendo uma eficiente medida preventiva das quedas.

Observámos que o tipo de medicação administrada aos idosos influi no risco de queda. Concluímos que os idosos a quem eram administrados anti hipertensores (57,4%), sedativos (54,6%) e diuréticos (51,5%) apresentavam risco aumentado. Trata-se de uma relação amplamente debatida, com destaque para os psicotrópicos (neurolépticos e benzodiazepinas), medicação cardiovascular, corticoides e anti-inflamatórios não esteroides (Freitas e Py, 2011). Lord et al, (2007<sup>a</sup>) acrescenta os antidepressivos, os anti arritmicos (digoxina) e os diuréticos. Existe de facto uma necessidade emergente da rever com periodicidade as tabelas de medicação nos idosos, evitando quadros de polimedicação, com todas as suas consequências em cascata. Também aqui os profissionais de saúde que trabalham em instituições para idosos têm um papel fulcral e vinculativo na prevenção desta ocorrência.

Paralelamente aos fatores descritos, a diminuição da acuidade auditiva e visual presente nos nossos idosos propicia a ocorrência de queda. Este resultado corrobora Gomes et al, (2013) e Gonçalves, et al, (2014) ao referirem que as alterações fisiológicas, em especial a perda da capacidade visual, podem provocar perda de equilíbrio e conseqüente aumento do risco de quedas. Mais uma vez, a existência de rastreios auditivos e visuais assumem uma importância primordial nos idosos, bem como a verificação da integridade e funcionamento dos meios de compensação (óculos, próteses auditivas, entre outros).

No que respeita à dor, é curioso constatar que os idosos que referem sentir dor mais vezes, são os que apresentam um menor risco de queda contudo as diferenças estatísticas não foram significativas. Pensamos, que os cuidados suplementares adotada pelos participantes, no combate á dor, possa ela própria constituir uma medida preventiva relativamente ás quedas. Porém estes resultados estão em consonância com os de Peres, (2014), que não encontrou diferenças significativas entre a percepção da dor e o risco de queda.

Por fim, verificámos que são os idosos mais autónomos nos autocuidados andar, tomar banho e tomar a medicação, aqueles que têm menor risco de queda. Não obstante, os mais dependentes mas com uso de cadeira de rodas, são também aqueles que apresentam menor risco. Estes dados assemelham-se aos de Paraíso, (2014), Almeida, (2012) e Santos (2012), quando afirmam que a dependência na capacidade funcional deve ser considerada como um fator de risco para a ocorrência de queda, assim como a necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária, uma vez que os idosos mais independentes são os que em proporção sofrem menos quedas. De facto a dependência moderada ou ligeira tem sido apontada como fator de risco de quedas, contudo comparados com os idosos considerados independentes caem menos (Santos, 2012 e Almeida, 2012).

É importante salientar, que a promoção da autonomia na realização dos diferentes auto cuidados é fundamental, e o treino destas atividades deve ser incentivado por profissionais competentes e com formação específica como é o caso dos enfermeiros de reabilitação. No nosso ponto de vista a Enfermagem de Reabilitação tem um papel deveras preponderante na prevenção das quedas, e assume ainda mais relevo quando falamos em Idosos institucionalizados.

## CONCLUSÕES

As principais conclusões do nosso estudo vêm robustecer o paradigma de que o risco de queda nos idosos institucionalizados é de facto relevante uma vez que 45.6% apresenta risco elevado, 38.2% baixo risco e 16.2% risco médio. Verificamos também, á semelhança do descrito pela WHO (2007), que as quedas resultam da interação de vários factores categorizados nas dimensões: biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica.

Na dimensão biológica, encontramos um risco aumentado nas mulheres, nos idosos com doenças crónicas do foro neurológico e osteoarticular, com limitações auditivas, visuais, cognitivas e de mobilidade e que tomavam diariamente benzodiazepinas, neurolépticos, diuréticos e antidiabéticos orais

Na dimensão comportamental não encontramos correlações estatisticamente significativas, contudo o sedentarismo está presente na maioria dos participantes e o calçado e vestuário usado pelos idosos nem sempre é o mais adequado á sua condição.

Na dimensão ambiental, verificamos que a maioria das quedas ocorreu no quarto (meio envolvente mais próximo dos idosos) em consequência do tropeçar e escorregar (devido a desequilíbrios, alterações posturais e diminuição sensorial). Paralelamente o design dos edifícios, o chão escorregadio, as superfícies não niveladas e a falta de adaptação ao novo ambiente residencial constituem também fatores propiciadores da queda.

Na dimensão socioeconómica verificamos que o risco de queda era superior nos idosos que possuíam menores habilitações académicas (1º ciclo, de escolaridade), não recorriam a programas de reabilitação, possuíam menor autonomia nos autocuidados

sobretudo aos níveis do banho, toma de medicação e marcha.

Em suma, os resultados evidenciados demonstram a necessidade de intervenções estruturadas por parte dos profissionais de saúde em especial os enfermeiros de reabilitação, no sentido da realização de sessões de educação dos idosos e dos cuidadores sobre as quedas, fatores de risco e medidas preventivas; pela revisão da medicação; avaliação da marcha, equilíbrio simples, força muscular e execução de exercícios individuais, no sentido da promoção da saúde dos Idosos

## CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos que não existe conflito de interesses nesta publicação.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Politécnico de Viseu, ao Centro de Estudos em Educação tecnologias e Saúde (CI&DETS) e à Fundação Ciência e Tecnologia (FCT).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., & Neves, R. (2013). As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(5), 27-43.
- Almeida, C. (2012). Risco de quedas nas UCCI do distrito de Viseu: Estudo comparativo escala de Morse e escala de Downton (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1732>
- Barbosa, A., & Oliveira, C. (2012). Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(1), 57-70.
- Contreiras, T., Rodrigues, E., & Nunes, B. (2011). Acidentes domésticos e de lazer: Informação adequada: Relatório 2006-2008. Lisboa: INSA.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, 70-94.
- Freitas, E. V., & Py, L. (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010). Prevalência de quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-7.
- Gomes, E., Marques, A., Leal, M., & Barros, B. (2014). Fatores associados ao risco de queda em idosos institucionalizados: Uma revisão integrativa. *Ciências & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551.
- Gonçalves, D., Altermann, C., Vieira, A., Machado, A. P., Fernandes, R., Oliveira, A., & Mello-Carpes, P. B. (2014). Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de queda em idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 19(1), 95-108. Acedido em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/26009/31003>
- Lord, S.R., Sherrinton, C., Menz, H.B., & Close J.C.T. (2007). *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention* (2ªed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Paraíso, R. (2014). *Fatores de risco de queda em idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Portugal). Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14227/1/Paraíso,%20Rita%20TM%202014.pdf>
- Peres, M. O. (2014). *Os idosos institucionalizados: Estudo de algumas variáveis* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal). Acedido em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2707>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: INE, IP.
- Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2015). *As pessoas 2013*. Lisboa: INE, IP.
- Ribeiro, O., & Paul, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Porto: Lidel.

Santos, A. M. M. (2012). *Quedas em idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal). Acedido em <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1211>

Silva, J. V. (2009). *Processo de envelhecimento sobre múltiplos aspetos*. São Paulo: Látia.

Silva, J., Camargo, R., Nunes, M., Camargo, T., Faria, C., & Abreu, L. (2014). Análise da alteração do equilíbrio, da marcha e o risco de queda em idosos participantes de um programa de fisioterapia. *Revista E-Ciência*, 2(2), 19-23.

Teixeira, C., Schmidt, F., Muraro, M., Meereis, E., & Gonçalves, M. (2014). Prevalência do risco de quedas em idosos de uma instituição de longa permanência de Santa Maria. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 46-56.

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