

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

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

## RESUMO

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

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

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

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

**CONCLUSÃO:** Uma complexa interação entre múltiplos fatores pessoais, ambientais e sociais na etiologia de queda sugere a importância da prevenção e de programas de monitorização do risco a ela associados.

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

## RESUMEN

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

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

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

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

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

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

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

## ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## INTRODUÇÃO

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

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

A prevalência de queda varia entre os países, assumindo valores de 28% a 35% nos indivíduos com mais de 65 anos e valores entre 32% a 42% nos que têm mais de 70 anos (WHO, 2007). Nos grupos que vivem em residências de longo termo, a prevalência vai de 30% a 50%. No entanto, muitas vezes a incidência de queda é avaliada a partir da assistência hospitalar e negligenciada nas outras situações (Gilbert et al., 2012) seja por falta de controlo institucional seja porque os idosos não a reportam por esquecimento. Há autores que apontam a maior incidência nas mulheres (Morris, 2007) mas outros nos homens por causa da maior comorbidade (WHO, 2007). A causa é multifatorial, com fatores intrínsecos ou extrínsecos que atuam sinergicamente ou, como na classificação da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007), fatores biológicos (idade, sexo, doenças crónicas, declínio nas capacidades física, cognitiva e afetiva); comportamentais (polimedicação, falta de exercício, calçado inadequado e abuso de álcool); ambientais (edifícios em mau estado; pisos e escadas irregulares; falta de varões de apoio, e iluminação deficiente) e socioeconómicos (baixo rendimento; más condições habitacionais; falta de interação social, acesso limitado aos serviços de saúde e sociais, precários recursos da comunidade). A limitação física e a necessidade de consumir medicação psicotrópica elevam o risco de queda (Carter, Kannus & Khan, 2001; Chan et al., 2013; Lavsa et al., 2010; Quach, Yang, Berry & Newton, 2013) e levam à repetição das mesmas. As pessoas com alterações cognitivas (Pitkälä, Savikko, Poysti, Strandberg, Laakkonen, Marja-Liisa, 2013), de balanço corporal e do equilíbrio têm o risco acrescido (Chen, Van Nguyen, Shen & Chan, 2011) que ganha expressão no pior desempenho das AVDs.

A marcha lentificada também se associa às quedas. Num estudo sobre fatores de risco de queda em doentes psiquiátricos com grupo de controlo, Chan e outros (2013) verificaram diferenças estatisticamente significativas nos grupos, sendo pior nos: mais idosos; nos com comorbidade, nos desorientados, nos com alterações de consciência e com restrição da mobilidade. Acrescesse o que Lavsa e outros constataram de que a polimedicação era um fator de risco embora não a idade, o sexo e a doença (Lavsa et al., 2010).

As consequências das quedas verificam-se a nível físico, emocional e funcional, podendo levar à morte, mas também têm elevado peso socioeconómico (Gilbert et al., 2012; WHO, 2007) e altos custos assistenciais (Gama, Conesa e Ferreira, 2008; Gates, Fisher, Cooke, Carter & Lamb, 2008) pelo que se repercute na qualidade de vida. Por isso, impõe-se a prevenção de quedas como melhor estratégia (Moyer, 2012) com abordagem multifatorial e multidisciplinar, com avaliação regular e sistemática que inclua o trabalho postural estático e dinâmico, o reforço muscular adaptado a cada pessoa, o ensino e orientação sobre técnicas de segurança e estilos de vida e a mobilização dos fatores ambientais e socioeconómicos (Gilbert et al., 2012)

No entanto, ser mais vulnerável e viver numa instituição obriga a que se organize o trabalho daqueles que cuidam, de modo a proporcionar contactos de qualidade na área afetiva e da socialização (Mallidou, Cummings, Schalm & Estabrooks, 2013; Beauchet, Dubost, Revel-delhom, Berrut & Belmin, 2010), suavizando a intervenção instrumental. O enquadramento apresentado justifica que se queira conhecer os fatores associados ao risco de queda assim como determinar a sua prevalência nas pessoas institucionalizadas com alterações mentais.

## METODOLOGIA

### População

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

### Instrumento de colheita de dados

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

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

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

### Procedimentos

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

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

### Resultados

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

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

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

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

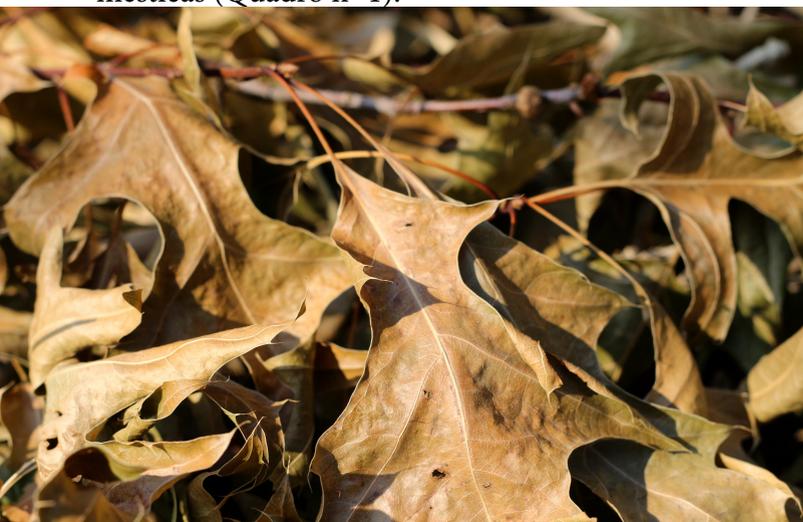
Quadro nº 1

#### Caraterísticas demográficas e relação com as quedas

Caraterísticas demográficas e clínicas		Utentes (n = 80)	Testes (p)
Quedas Sim	% (n)	25.0 (20)	Binomial (p <0.001)
	Não % (n)	75.0 (60)	
Sexo	Homem % (n)	23.8 (19)	Binomial (p <0.001)
	Mulher % (n)	76.3 (61)	
Quedas	Homem % (n)	21.1 (4)	RR= 1.07 Fisher Exact (p=0.768)
	Mulher % (n)	26.2 (16)	
Solteiro	% (n)	1.3 (1)	Conditional Independence Mantel-Haenszel (p=0.572)
Casado	% (n)	28.8 (23)	
Divorciado	% (n)	7.5 (6)	
Viúvo	% (n)	62.5 (50)	
Idade Média aparada (SD)		83,05 (10,6)	t (p=0,8)
(P75-P25) (Min/Max)		(90,5-76) (47/102)	
Quadro técnico	% (n)	13.8 (11)	LR (p=0.006)
Quedas: Sim		5 (1)	
	Não	16.7 (10)	
Funcionário Serviços	% (n)	21.3 (17)	LR (p=0.033)
Quedas: Sim		20 (4)	
	Não	21.7 (13)	
Operários	% (n)	26.3 (21)	LR (p=0.006)
Quedas: Sim		25 (5)	
	Não	26.7 (16)	
Domésticas/Limpeza	% (n)	33.8 (27)	LR (p=0.033)
Quedas: Sim		40 (8)	
	Não	31.7 (19)	
Agricultores	% (n)	5 (4)	LR (p=0.006)
Quedas: Sim		10 (2)	
	Não	3.3 (2)	

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

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



Quadro nº 2

Consumo de medicamentos, doenças e quedas

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

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

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

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

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

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

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

Quadro nº 3

Estado mental e associação às quedas

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

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

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

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

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

## DISCUSSÃO

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

Verifica-se no presente estudo um elevado consumo de medicamentos tal como verificado por outros autores. Contudo, ao contrário do que seria de esperar, quem cai mais toma menos medicamentos embora a diferença não seja significativa. Pode acontecer que quem toma menos medicação se mobilize mais e esse seja o risco associado, o que vai de encontro ao que Carter e colaboradores referem quando afirmam que a limitação física associada à medicação psicotrópica eleva o risco de queda (Carter, et al 2001). Acresce-se que o tipo de medicação, psicotrópicos, cardiotónicos e analgésicos estão associados a quedas e neste estudo o consumo médio de medicação é elevado, ultrapassando as médias sugeridas noutros estudos (8,8).

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

As mulheres têm apresentado, noutros estudos, mais elevada prevalência de queda (Morris, 2007); neste, não se encontrou a diferença, embora os homens que foram quadros técnicos ou agricultores tenham risco menor de cair. Os fatores de risco comportamentais mostram-se nas funções cognitivas deficitárias, que podem acompanhar as doenças cerebrovasculares e afetar todas as áreas do comportamento, inclusive, diretamente, o funcionamento cognitivo, o que compromete as estratégias de aproximação, planeamento, desenvolvimento de atividades cognitivas entre outras, situação verificada neste estudo (Nagamatsu, Munkacsy, Liu-Ambrose & Handy, 2013). A vida social fica alterada quando há compromisso das funções executivas predispondo ao isolamento social. Constata-se o papel fundamental destas funções no risco de queda e a fornecerem evidência de que lesões do hemisfério direito podem potenciar aquele risco (Nagamatsu et al., 2013). O declínio da capacidade mental, nas diferentes dimensões, tem subjacentes as patologias referidas e presentes em maioria nesta investigação.

O padrão de fatores de risco sugere uma complexa interação de fatores pessoais e comportamentais nas quedas dos idosos com doenças mentais, sendo que são recomendadas pesquisas sobre o desenvolvimento de procedimentos de triagem multifatoriais e intervenções adaptadas individualmente para evitar a queda (Enkelaar, Smulders, van Schroyenstein Lantman-de Valk, Weerdesteyn & Geurts, 2013). No mesmo sentido aponta Chen, o que se partilha, de que a monitorização do risco é uma estratégia proativa em vez de reativa, ainda mais adequada quando há estudos que associam o aumento do risco para a queda às dificuldades nas capacidades física e mental (Chen et al., 2011).

Conhece-se a poderosa associação entre a incapacidade funcional e a mortalidade (Idland, Pettersen, Avlund & Bergland, 2013) e neste estudo o grau de dependência prediz o risco de queda. Há um padrão hierárquico de declínio e quem menos cai são os mais autónomos em atividades que exigem mais potencial e o contrário também se verifica, isto é, os que caem mais têm mais limitações nas atividades menos complexas. Assim, identifica-se um padrão hierárquico de deterioração funcional (Idland, et al., 2013) e reconhece-se que aqueles que ainda têm energia para uma caminhada, ainda que lentificada, estão em menor risco, retardando em certa medida o círculo vicioso da redução da atividade física, perda da função física e início da incapacidade.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A avaliação dos fatores de risco é limitada pelo que seria útil abranger os fatores socioeconômicos e ambientais e medir de modo mais compreensivo o risco de queda, incluindo o equilíbrio e a força. Apurar a medicação consumida permitirá prever fatores específicos relacionados com os consumos farmacológicos.

## CONCLUSÃO

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

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

Idland, G., Pettersen, R., Avlund, K., & Bergland, A. (2013). Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56 (3), 501-506. doi: 10.1016/j.archger.2012.12.005

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

Mallidou, A. A., Cummings, G., Schalm, C. & Estabrooks, C. (2013). Health care aides use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1229-1239. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.009

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

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

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

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

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

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

PORDATA (2013). Retrato de Portugal na Europa. Indicadores de 2011. Lisboa: FFMS.

Quach, L. Yang, F., Berry, S., Newton, E., Jones, R., Burr, J., & Lipsitz, L. (2013). Depression, Antidepressants and Falls Among Community-Dwelling Elderly People: The MOBILIZE Boston Study. *Journal of Gerontology A Biological Sciences Medical Sciences*, 68(12), 1575-1581.

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

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

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

