

Federal University of Rio de Janeiro State



Journal of Research Fundamental Care Online


 ISSN 2175-5361
 DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Prevenção de quedas em idosos domiciliados: promoção do envelhecimento ativo

Prevention of falls in the elderly in the home: promoting active ageing

Prevención de caídas en los ancianos domiciliados: promoción del envejecimiento activo

Maria Laurência Parreirinha Gemito¹, Maria de Fátima Sousa Batinas², Felismina Rosa Parreira Mendes³, Silvana Sidney Costa Santos⁴, Manuel José Lopes⁵

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency of falls and identify risk factors in the homes of the elderly under the Home Care Service of a village in Alentejo (Portugal). **Method:** Exploratory, descriptive study. The target group were elderly persons under the Home Care Service (23). The questionnaire consists of open and closed questions, and was based on the Jefferson Area Board for Aging Safety in the Home Assessment; Instrument to Assess the Risk of Falls and Adaptations to Prevent Falls at Home. **Results:** Of the 23 seniors, 13 were men; the mean age was 85; 10 widowers; 11 live alone; 12 cannot read or write; 17 have experienced falls, loss of balance being the main cause. They report changes in vision (21), hearing (14) and rheumatic diseases (14); hypertension (19); they use 4 or more drugs on a daily basis (16). **Conclusion:** The physiological changes associated with ageing may increase the risk of falls. Due to the consequences, it is a priority field in community intervention. **Descriptors:** Aged, Accidental falls, Risk factors, Nursing.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a frequência de quedas e identificar fatores de risco no domicílio dos idosos do Serviço de Apoio Domiciliário de uma vila alentejana (Portugal). **Método:** Estudo exploratório, descritivo. O grupo alvo foram os idosos do Serviço de Apoio Domiciliário (23). O questionário é composto de perguntas abertas e fechadas, teve subjacente a Avaliação da Segurança em Casa de Jefferson Area Board for Aging; Instrumento para Avaliar o Risco de Quedas e Adaptações no Domicílio para Prevenir Quedas. **Resultados:** Dos 23 idosos, 13 são homens; idade média de 85 anos; 10 viúvos; 11 vivem sozinhos; 12 não sabem ler nem escrever; 17 sofreram quedas, o desequilíbrio foi a causa principal. Referem alterações na visão (21), audição (14), doenças reumáticas (14); hipertensão (19); usam 4 ou mais medicamentos diariamente (16). **Conclusão:** As mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem aumentar o risco de quedas. Pelas consequências é um campo prioritário da intervenção comunitária. **Descritores:** Idoso, Acidentes por quedas, Fatores de risco, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la frecuencia de caídas e identificar los factores de riesgo en los domicilios de ancianos del Servicio de Asistencia Domiciliaria en el Alentejo (Portugal). **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio. El grupo objetivo fueron los usuarios mayores del Servicio de Asistencia Domiciliaria (23). El cuestionario consta de preguntas abiertas y cerradas, tenían la seguridad subyacente Inicio de Evaluación de la Junta Jefferson Área para el Envejecimiento; Instrumento para Evaluar el Riesgo de Caídas y adaptaciones para evitar caídas en el hogar. **Resultados:** De los 23 ancianos, 13 eran hombres, con una edad media 85, 10 viudos, 11 viven solos, 12 no saben leer ni escribir, 17 han sufrido caídas, el desequilibrio fue la causa principal. Refieren cambios en la visión (21), escuchar (14), enfermedades reumáticas (14), hipertensión (19), con cuatro o más medicamentos diarios (16). **Conclusión:** Los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento pueden aumentar el riesgo de caídas. Las consecuencias es un ámbito prioritario de intervención comunitaria. **Descriptor:** Anciano, Accidentes por caídas, Factores de riesgo, enfermería.

¹Doutora em Sociologia. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, Portugal. Investigadora do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde de Évora, Portugal. mlpg@uevora.pt. ²Enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, Portugal. Mestre em Enfermagem Comunitária e em Educação para a Saúde, m.fatimabatinas@gmail.com. ³Doutora em Sociologia. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, Portugal. Investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES/ISCTE-IUL), Portugal. fm@uevora.pt. ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação, GEP-GERON. silvanasidney@terra.com.br. ⁵Doutor em Ciências de Enfermagem. Diretor da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Portugal. Diretor do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde de Évora, Portugal. mjl@uevora.pt.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa, devido às baixas taxas de natalidade e aumento da esperança média de vida, entre outros, tem contribuído para o envelhecimento da população. O fenómeno do envelhecimento demográfico tem sido motivo de grandes preocupações, pelas consequências que lhe estão inerentes.

O envelhecimento pode acarretar doenças próprias, que aumentam a procura de serviços de saúde e a diversidade de níveis de prestação de cuidados.¹ Salienta-se a importância de apostar na prevenção da doença e promoção da saúde, de forma a contribuir para um envelhecimento ativo, preservando a capacidade funcional, independência e autonomia, durante o maior número de anos possível.

Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em 2006² pretendeu dar contributos para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, de forma a obterem-se ganhos em anos de vida com independência.

A estrutura política para o envelhecimento ativo, segundo a OMS³, inclui três pilares: saúde, participação social e segurança, estando esta intimamente ligada a questões de proteção, habitação e clima social.

A segurança é um direito que assiste a todos os seres humanos, com especial relevância para aqueles que se encontram mais vulneráveis. É essencial uma segurança efetiva para atingir um envelhecimento ativo e bem-sucedido. A segurança tem um papel relevante no processo de envelhecimento ativo, no que concerne às quedas e barreiras arquitetônicas. As quedas são a principal causa de acidentes nos idosos. As alterações sensoriais, problemas de visão e/ou audição, alterações do equilíbrio e doenças músculo-esqueléticas, nomeadamente a osteoporose, estão relacionadas com o aumento do número de quedas.⁴

Estão classificadas como fatores de risco para a ocorrência de quedas cinco situações: se caiu pelo menos uma vez no último ano, a ingestão de quatro ou mais medicamentos por dia, a presença de doença de Parkinson ou se já foi vítima de Acidente Vascular Cerebral, se tem problemas de equilíbrio e se é incapaz de se levantar de uma cadeira sem utilizar o apoio de pelo menos um dos braços.⁵ Podem ainda identificar-se como fatores de risco: viver sozinho; tomar medicamentos (principalmente psicotrópicos); presença de doenças crônicas; mobilidade reduzida; dificuldades cognitivas e demência; redução da acuidade visual; uso de bengalas e andarilhos; pisos escorregadios ou irregulares e pavimentos degradados.⁶

Para além das consequências físicas, psicologicamente as quedas também têm outras consequências negativas, dando lugar ao chamado síndrome pós-queda, que provoca sentimentos de insegurança e ansiedade pela possibilidade de uma nova queda. As quedas têm ainda consequências económicas, aumentando os custos com a saúde e apoio social.⁷

Atendendo à pertinência desta problemática definiu-se como pergunta de pesquisa: Quais os fatores de risco de queda no domicílio dos idosos, cadastrados no Serviço de Apoio Domiciliário de uma vila da Região Alentejo (Portugal)?

Foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a frequência de quedas no domicílio dos idosos cadastrados no Serviço de Apoio Domiciliário de uma vila do Alentejo (Portugal);
- Identificar os fatores de risco de quedas, no domicílio desses idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de carácter exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. O grupo alvo, do estudo foram todos os idosos cadastrados no Serviço de Apoio Domiciliário de uma vila da Região Alentejo (Portugal), num total de 23. Para o recrutamento da população foi necessária a identificação dos idosos cadastrados no Serviço de Apoio Domiciliário, através da colaboração dos seus dirigentes, após autorização formal destes.

Para a avaliação dos fatores de risco de quedas no domicílio foi selecionado o questionário como instrumento de coleta de dados, composto de perguntas abertas e fechadas, aplicado após a realização do pré teste numa amostra populacional com características idênticas às do estudo. O mesmo foi construído tendo por base a literatura, a Avaliação da segurança em casa de Jefferson Area Board for Aging⁸, Instrumento para avaliar o risco de quedas⁽⁹⁾ e Adaptações no domicílio, para prevenir quedas.⁴

O questionário é constituído por quatro partes. A parte 1 objetivou fazer a caracterização sociodemográfica dos idosos, a parte 2 caracterizou o estado de saúde atual, a parte 3 identificou a existência de alterações na mobilidade dos idosos; a parte 4 teve como finalidade avaliar as condições de segurança da habitação, no âmbito da prevenção de quedas nos idosos.

Foram cumpridos todos os preceitos éticos inerentes à realização de estudos, conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Aos idosos que participaram no estudo foi explicada a finalidade do mesmo, respeitando o direito à sua autodeterminação, a assinatura do consentimento livre esclarecido e informado, direito ao anonimato e à confidencialidade, bem como o tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a participação no estudo. Foram ainda informados que a qualquer momento poderiam abandonar o estudo, sem que daí adviessem consequências para os próprios.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados foram utilizadas técnicas da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que estes idosos têm idades compreendidas entre os 75 e os 90 anos, sendo a média de 85 anos. Quanto ao sexo, 13 idosos são do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Quanto à condição civil, 12 são casados, 10 são viúvos e 1 solteiro.

Relativamente à escolaridade, 12 idosos não sabem ler nem escrever, 10 frequentaram o ensino até à 4.^a classe. Um idoso sabe ler e escrever mas não frequentou a escola. Dos 23 idosos, 17 foram trabalhadores rurais, hoje são aposentados. Onze idosos vivem sozinhos, 10 vivem com o cônjuge e 2 vivem com o cônjuge e o(s) filho(s).

Foram identificados fatores de risco para ocorrência de quedas no domicílio, que serão descritos. Sobre a medicação, 16 usam quatro ou mais medicamentos por dia, 19 tomam medicamentos anti-hipertensores, 3 tomam medicamentos diuréticos, 2 tomam medicação para a motilidade gastrointestinal.

Como problemas de saúde atual verificou-se que 21 idosos têm problemas de visão, 19 hipertensão arterial, 14 doença reumática, 14 problemas de audição, 6 osteoporose, 5 são obesos, 2 têm diabetes e 1 refere ter insuficiência venosa dos membros inferiores.

Dos 23 idosos, 14 indicam ter dificuldade para caminhar, referindo terem necessidade de utilizar auxiliares de marcha, bengala (11) e muletas (3). Observou-se que 12 idosos têm necessidade de apoiar pelo menos um braço para se levantarem e 16 mencionam ter problemas de equilíbrio.

Quanto às quedas, observa-se que 17 idosos já caíram. Destes, 7 caíram uma vez, 4 caíram duas vezes, 3 caíram quatro vezes e 3 referem ter caído cinco ou mais vezes. Dos 17 que já sofreram quedas, 6 referem que ocorreu há menos de um mês, 5 entre um e seis meses, 1 no período de tempo entre seis meses a um ano e 5 há mais de um ano. O local onde houve maior incidência de quedas foi o quintal (13) seguido de escadas (1), quarto (3), casa de banho (3), cozinha (2), sala (2) e corredor (1). Os motivos das quedas foram tonturas (8), desequilíbrio (9) e tropeções (4). A necessidade de internamento ocorreu com 5 idosos por fratura de vértebra (1), fratura da articulação escapulo-umeral (1), dores osteoarticulares (1), fratura do colo do fêmur (1) e dores musculares na região dorsal (1).

Após a observação *in loco* nos domicílios dos idosos verificou-se os cômodos que são descritos. Na casa de banho, todos os idosos têm boa iluminação, 17 têm tapete de borracha no chuveiro e tapete antiderrapante junto ao chuveiro, 19 usufruem de porta toalhas e suporte para produtos de higiene, 10 têm assento fixo, 8 têm piso antiderrapante, 6 possuem luz de emergência, 4 têm barras de segurança no chuveiro e 3 têm barras de apoio junto à sanita.

No quarto, verifica-se a ausência de fios elétricos soltos, 21 idosos conseguem apoiar os pés no chão quando sentados na cama e 19 têm o mobiliário fixo ao chão. Todos eles têm acesso a interruptores de luz sem se levantarem da cama, 19 têm tapetes que não estão fixos ao chão e 4 têm luz de emergência.

Na cozinha para 18 idosos os armários não são altos, 9 têm chão antiderrapante e 2 têm tapetes que não estão fixos ao chão. Todos têm boa iluminação. Uma pessoa tem fios elétricos soltos no chão e 5 possuem luz de emergência.

Na sala pode observar-se que 12 dos idosos têm cadeiras com braços de apoio, 11 referem que os assentos dos sofás são macios e depressíveis e todos eles têm apoios laterais. Todos têm boa iluminação, nenhum tem fios elétricos soltos neste compartimento da casa e 7 têm luz de emergência. Todos têm as mobílias fixas.

Quanto às escadas/degraus, estes só existem em 9 habitações. Das habitações que possuem escadas/degraus verifica-se que 6 têm corrimão, todas têm boa iluminação, ausência de tapetes junto ao primeiro e último degrau e 6 idosos referem ter dificuldade em subir/descer esses degraus.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência faz-nos pensar o envelhecimento ao longo da vida, assente em medidas de prevenção da doença e promoção da saúde. Aspectos como a promoção de estilos de vida saudáveis são importantes, tais como exercício físico, alimentação saudável, fatores de segurança, devendo os mesmos estar incluídos em projetos promotores de um envelhecimento ativo. Desta forma, é necessária a colaboração de toda a comunidade, visto tratar-se de uma questão coletiva e não apenas individual.

O processo natural de envelhecimento pode, de alguma forma, contribuir para a perda/redução da capacidade funcional, em resultado da deterioração do sistema fisiológico. O declínio da capacidade funcional, especialmente física, inclui a redução da força muscular e desequilíbrio, estando estes identificados como fatores de risco importantes para quedas nos idosos.¹⁰ A segurança pode impor algumas mudanças ambientais, como é o caso de mudanças arquitetônicas e também a alteração de alguns comportamentos.⁴

O grupo dos idosos é o mais preocupante, no que concerne a quedas. Esta é identificada como a causa de mortalidade por acidentes mais frequente, após os 75 anos.¹¹⁻¹²

As quedas ocorrem com mais frequência nos idosos, em parte, provocadas pelas alterações inerentes ao processo de envelhecimento, tais como as doenças osteoarticulares degenerativas e a diminuição das capacidades auditivas e visuais.

Consideram-se ainda outros fatores: depressão, associada ao isolamento social e a inexistência de condições de segurança nas habitações (tapetes soltos, mobiliário inadequado, banheiras sem tapete e sem apoios, escadas sem corrimão, objetos colocados em locais altos e de difícil acesso, entre outros). As alterações da marcha, diminuição da força muscular, rigidez articular, alterações do equilíbrio por diminuição da sensibilidade postural, são algumas das alterações próprias do envelhecimento que podem concorrer para as quedas nos idosos.¹²

Viver sozinho constitui-se também como um dos fatores de risco para a ocorrência de quedas no domicílio.⁶ Um estudo realizado em Barcelona demonstra que os idosos separados ou divorciados apresentam elevada possibilidade de quedas. O cuidado mútuo, entre parceiros, pode explicar a ocorrência reduzida de quedas, entre aqueles que vivem com companheiro.¹³

O uso de medicamentos tem sido objeto de diversos estudos como um dos fatores de risco para a ocorrência de quedas. Num estudo onde se investigou o papel de medicamentos psiquiátricos, cardiológicos e analgésicos sobre o risco de quedas entre idosos, pode concluir-se que benzodiazepinas, neurolépticos, sedativos/hipnóticos, antidepressivos, diuréticos em geral, antiarrítmicos e digoxina estavam associados a um maior risco de quedas em pessoas com idades acima dos 60 anos.¹⁴

Um estudo efetuado com a finalidade de determinar a existência ou não de associação entre a utilização de medicamentos psicoativos em idosos com mais de 65 anos e a ocorrência de quedas demonstrou que existiam problemas com o uso de medicamentos deste grupo. Os ansiolíticos, antidepressivos, anti convulsivantes e anti hipertensores demonstraram-se inadequados para este grupo populacional e estavam associados à ocorrência de quedas.¹⁵

As quedas são ainda responsáveis por 90% dos internamentos hospitalares, sendo a fratura do colo do fêmur a lesão que ocorre com maior incidência.⁹ A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos (decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos) e a fatores extrínsecos (circunstâncias sociais e ambientais) que oferecem desafios permanentes ao idoso. Um estudo realizado a 50 idosos demonstrou que 28% destes faleceram por consequências diretas da queda (entre as quais fraturas e lesões neurológicas).¹⁶⁻¹⁷

A prevenção das quedas no domicílio constitui-se como pilar fundamental para um envelhecimento seguro e ativo. A realização de tarefas no dia-a-dia, de forma segura, pode acarretar algumas mudanças e/ou adaptações arquitetônicas para as quais os enfermeiros devem estar despertos, apostando desta forma na visitação domiciliária e no trabalho na e com a comunidade.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu elaborar um diagnóstico da situação de saúde dos idosos cadastrados no Serviço de Apoio Domiciliário de uma vila da Região Alentejo (Portugal) face ao risco de sofrerem quedas no domicílio, permitindo assim o desenvolvimento e implementação de projetos na comunidade que permitam identificar e eliminar fatores de risco para a ocorrência de quedas. Deste modo, toda a comunidade deve estar envolvida num projeto coletivo com vista à conquista de uma velhice ativa, vivida com autonomia e independência, assente em atividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

Tendo em conta a literatura que trata das questões da prevenção de quedas dos idosos no domicílio, os resultados obtidos e os objetivos inicialmente definidos pode salientar-se o isolamento em que vivem os idosos, o elevado número dos que referem ter problemas de saúde atuais dos quais se destacam os problemas de visão, a hipertensão arterial, a doença reumática, os problemas de audição e a osteoporose.

Associadas a estes problemas surgem as limitações funcionais com que muitos idosos se deparam (necessidade de apoiar pelo menos um braço para se levantarem e problemas de equilíbrio) e que se traduzem nas dificuldades em caminhar, o que conduz ao recurso frequente a auxiliares de marcha. Para além das condições individuais, também o contexto habitacional se revela um risco à integridade dos idosos. Assim, as condições de segurança da habitação, surgiram como um fator de risco suplementar, essencialmente por falta de barras de apoio na casa de banho, uso de tapetes que não estão fixos, piso que não é antiderrapante e uso de sofás com assentos macios e depressíveis.

Decorrente das limitações funcionais e de ambientes físicos habitacionais desfavoráveis, verificou-se que a maioria já sofreu quedas, tendo estas ocorrido principalmente no quintal. Os motivos que estiveram subjacentes às quedas foram essencialmente tonturas, desequilíbrio e tropeções. Após a queda, para alguns idosos houve necessidade de internamento em consequência de fraturas.

Estes dados revelam que todo o trabalho de enfermagem dirigido para a prevenção das quedas nos idosos tem de dirigir-se quer para o nível individual, quer para o contexto físico que rodeia o idoso. Assim, tão importante como promover um nível de funcionalidade adequado, através de ações dirigidas à promoção da saúde do idoso e ao envelhecimento ativo, afigura-se indispensável um trabalho centrado no contexto habitacional, que reduza efetivamente os riscos de queda.

O envelhecimento acarreta consigo alterações fisiológicas, resultando por vezes em situações de dependência, com os encargos sociais, de saúde e familiares daí inerentes. É então importante promover um envelhecimento ativo, alicerçado em cuidados de saúde primários de qualidade que lhes permita, manterem-se independentes e autónomos o máximo de tempo possível.

REFERENCES

1. Torres M, Marques E. Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. In: VI congresso português de sociologia; Universidade Nova, Lisboa, Portugal. 2008. Número de série: 233. p. 1-12. [citado 2010 dezembro 18]. Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>
2. Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde. Circular Normativa N° 13/DGCG de 02/07/04: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa; 2006. [citado 2010 novembro 10]. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
3. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento activo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. [citado 2011 junho 12]. Disponível em: http://bvsm.sauade.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
4. Duarte N, Barbosa C. Sinta-se seguro. In Ribeiro O, Paúl C, coordenadores. Manual de envelhecimento activo. Lisboa: Lidel; 2011. p. 171-99.

5. The Swedish National Institute of Public Health. Injury Prevention. In Healthy ageing: a challenge for Europe; 2007. p. 105-11. [citado 2011 junho 7]. Disponível em: http://www.fhi.se/PageFiles/4173/Healthy_ageing.pdf
6. Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde). Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas. Lisboa; s.d. [citado 2011 junho 6]. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf
7. Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Rev. Saúde Pública [internet]. 2008 [citado 2012 janeiro 10]; 42 (5): 946-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6793.pdf>
8. Stanhope M, Lancaster J. Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7.^a ed. Lisboa: Lusodidacta; 2011.
9. Potter P. Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos. 5^a ed. Loures: Lusociência; 2006.
10. Novo A, Mendes E, Preto L. Risco de quedas em idosos - Influência da capacidade funcional, força muscular e composição corporal. In: Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa, Portugal. 2011. [citado 2012 janeiro 12]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6434>
11. Rabiais S, Nunes B, Contreiras T. ADELIA 2005: Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada. 2006 [citado 2011 maio 23]. Disponível em: http://webgate.ec.europa.eu/idb/documents/PT_proj_adelia_relafinal-2005_onsa.pdf
12. USF Marginal. Quedas no idoso. 2008 [citado 2012 março 15]. Disponível em: <http://www.usfmarginal.com/?p=61>
13. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e factores associados. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007 [citado 2012 janeiro 10]; 41 (5): 749-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6188.pdf>
14. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como factor de risco para fractura grave decorrente de queda em idosos. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2002 [citado 2012 janeiro 10]; 18 (5): 1359-66. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n5/11009.pdf>
15. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguel DFA. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000 [citado 2012 janeiro 10]; 34(6): 631-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3578.pdf>
16. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Júnior MLC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2012 janeiro 13]; 38(1): 93-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>
17. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2008 [citado 2012 janeiro 30]; 13 (4): 1209-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/17.pdf>

Recebido em: 01/08/2014
Revisão requerida: Não
Aprovado em: 01/12/2014
Publicado em: 20/12/2014

Contato do autor correspondente:
Maria Laurência Parreirinha Gemito
Évora - Portugal
Email: mlpg@uevora.pt