

Artigo de Revisão de Literatura

# Intervenções para prevenir o risco de quedas em idosos hospitalizados: uma revisão da literatura

Interventions to prevent the risk of falls in hospitalized elderly: a literature review

António Borges<sup>1</sup>, Ana Ribeiro<sup>2</sup>, Ana Trindade<sup>3</sup>, Higinio dos Santos<sup>4</sup>, Raquel da Costa<sup>5</sup>, Leila Sales<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hospital das Forças Armadas, Lisboa, [antonioborges7237@esscvp.eu](mailto:antonioborges7237@esscvp.eu)

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia, Lisboa, [anaribeiro7238@esscvp.eu](mailto:anaribeiro7238@esscvp.eu)

<sup>3</sup> Santa Casa da Misericórdia, Lisboa, [anatrindade7235@esscvp.eu](mailto:anatrindade7235@esscvp.eu)

<sup>4</sup> Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa, [higinosantos7239@esscvp.eu](mailto:higinosantos7239@esscvp.eu), [lsales@esscvp.eu](mailto:lsales@esscvp.eu)

<sup>5</sup> ortodesign, Lda, Lisboa, [raquelcosta7229@esscvp.eu](mailto:raquelcosta7229@esscvp.eu)

**Introdução:** O envelhecimento é um fenómeno social que afeta a população mundial e cujas alterações resultantes contribuem para o aumento de quedas. As quedas têm vindo a aumentar a morbilidade e a mortalidade dos idosos, provocando um grande impacto financeiro.

**Objetivo:** Sintetizar a evidência na literatura sobre as intervenções para a prevenção de quedas em idosos hospitalizados.

**Método:** Revisão scoping baseada na metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi realizada em novembro de 2021, usando bases de dados internacionais CINAHL, Nursing and Allied Health Collection, Cochrane, Mediciatina, Medline Complete, SciELO e também no Portal de Búsqueda de la BVS Enfermería Information y Conocimiento para la Salud, em inglês, espanhol e português. Foram utilizados os descritores: “elderly” AND “hospitalization” AND “falls” AND “preventive measures”.

**Resultados:** Medidas como a avaliação do risco de queda, ajuste da terapêutica, disposição adequada do mobiliário e ajuste da luminosidade (luz de presença no período noturno) reduzem as quedas. O recurso à contenção física (doentes com delírio) e identificação/ sinalização do idoso com maior risco de queda, são intervenções também identificadas na literatura. A atividade física, enfatizando o equilíbrio e o treino de força, aumentam a capacidade funcional e diminuem consequentemente as quedas.

**Conclusões:** A implementação das intervenções referidas constitui-se como fundamental para uma recuperação hospitalar de qualidade e sem sequelas associadas a eventos de quedas. Com recurso a uma avaliação precoce do

risco de quedas, baseada em escalas validadas e vigilância contínua, conseguir-se-á uma redução do número de quedas nos idosos hospitalizados.

*Introduction: Aging is a social phenomenon that affects the world population, and the resulting changes contribute to an increase in falls. Falls have been increasing the morbidity and mortality of the elderly, causing a great financial impact.*

*Objective: To synthesize the evidence in the literature on interventions to prevent falls in hospitalized elderly people.*

*Method: Scoping review based on the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology. The search was conducted in November 2021, using international databases CINAHL, Nursing and Allied Health Collection, Cochrane, Mediclatina, Medline Complete, SciELO and Portal de Búsqueda de la BVS Enfermería Information y Conocimiento para la Salud, in English, Spanish and Portuguese. The descriptors used were: "elderly" AND "hospitalization" AND "falls" AND "preventive measures".*

*Results: Measures such as the assessment of the risk of falling, therapeutic adjustment, appropriate furniture arrangement, and luminosity adjustment (presence of light at night) reduce falls. The use of physical restraint (patients with delirium) and identification/signalling of the elderly at higher risk of falling are interventions also identified in the literature. Physical activity, emphasizing balance and strength training, increases functional capacity and consequently reduces falls.*

*Conclusions: The implementation of the aforementioned interventions is fundamental for a quality hospital recovery and without sequelae associated with fall events. With early assessment of the risk of falls, based on validated scales and continuous surveillance, a reduction in the number of falls in hospitalized elderly will be achieved.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Prevenção de quedas; idoso; hospitalização.*

**KEY WORDS:** *Falls prevention; elderly; hospitalization.*

Submetido em 12.07.2022; Aceite em 24.10.2022; Publicado em 14.11.2022.

\* **Correspondência:** António Borges  
**Email:** antonioborges7237@esscvp.eu

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado um dos problemas fundamentais do século XXI, devido ao aumento do número de idosos nas últimas décadas. Este fenómeno social de carácter mundial e local, reflete o desenvolvimento a nível económico, social e na área da saúde, com base em políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de

saúde<sup>1</sup>. Em Portugal, essa realidade também resultou da diminuição da natalidade, do aumento da esperança média de vida e da elevada emigração portuguesa nas décadas de 60 e 70<sup>2</sup>. Em 2020, 22,4% da população residente em Portugal tinha mais de 65 anos e o índice de envelhecimento era de 167,0%, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística<sup>3</sup>.

O envelhecimento da população ou envelhecimento

demográfico, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total e, conseqüentemente, pela diminuição da população em idade ativa<sup>4</sup>. Quando o termo é aplicado ao indivíduo, o envelhecimento é considerado um processo progressivo que ocorre durante toda a vida, influenciado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos<sup>5</sup>. A nível biológico, o envelhecimento é associado ao acumular de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, que com o passar do tempo, levam a uma diminuição gradual da capacidade física e mental, a um aumento do risco de contrair diversas doenças e a um declínio geral na capacidade intrínseca da pessoa. Contudo, estas alterações não são lineares e variam entre indivíduos<sup>6</sup>.

A World Health Organization (WHO)<sup>7</sup>, na impossibilidade de avaliar o nível de envelhecimento de cada pessoa e de forma a uniformizar a passagem da fase de adulto para idoso, define o idoso de acordo com a sua idade cronológica, considerando que nos países em desenvolvimento são as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e nos países desenvolvidos são as pessoas com mais de 65 anos. O envelhecimento populacional e o aumento da ocorrência de doenças crónicas e degenerativas provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento adequado a esta nova procura. Nesta perspetiva, as quedas de idosos são atualmente uma das preocupações da sociedade, não apenas pela frequência, mas também pelas conseqüências que estas acarretam para a qualidade de vida. De acordo com a WHO, a queda pode ser definida como um acontecimento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou em outro nível inferior, excluindo situações intencionais<sup>7</sup>. É o resultado da perda de equilíbrio ou da incapacidade em recuperá-lo, podendo ocorrer em todas as idades, mas com maior prevalência na população mais idosa<sup>8</sup>.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), as quedas

acontecem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo<sup>9</sup>. No adulto idoso as quedas são consideradas um grave problema de saúde pública, pois contribuem de forma significativa para a morbilidade e mortalidade, e são uma das principais causas de internamento. O adulto idoso apresenta um elevado risco de quedas, cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% das pessoas com mais de 80 anos caem pelo menos uma vez por ano<sup>9</sup>. Segundo informação do sistema nacional de notificação de incidentes, as quedas correspondem a 21% das situações relatadas<sup>9</sup>. A nível humano, a queda origina dor, lesão, angústia, perda de confiança, perda de independência e morte<sup>5</sup>. A nível financeiro, só no serviço de saúde do Reino Unido as quedas geram custos de 2,3 biliões de libras por ano<sup>5</sup>. Assim as quedas têm um grande impacto na qualidade de vida, nos cuidados de saúde e nos custos com a saúde<sup>8</sup>. Atendendo à urgência deste problema, em 2015 a DGS considerou a prevenção de quedas como um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional da Segurança do Doente afirmando a necessidade da prevenção através da avaliação sistemática e monitorização do risco de quedas<sup>8,9</sup>.

Em meio hospitalar, a ocorrência de quedas é considerada um problema grave e a prevenção destas situações uma necessidade premente nas organizações. Em Portugal, os idosos com relatos de queda em meio hospitalar, apresentavam um risco de queda mais elevado tanto no momento da admissão como na alta<sup>8</sup>. Com o objetivo de reduzir as quedas na pessoa idosa hospitalizada, recomenda-se a avaliação multifatorial de fatores de risco individual a todas as pessoas com mais de 65 anos. Como fatores de risco enumeram-se: défice cognitivo, histórico anterior de quedas, problemas de incontinência, utilização de calçado inapropriado, problemas de saúde que possam aumentar o risco de queda, medicação, instabilidade postural/ problemas de mobilidade ou equilíbrio, síncope vasovagal e alterações visuais<sup>10</sup>.

A prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários decorrente de quedas. Estudos

têm mostrado que é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como: a) promoção da saúde e prevenção de quedas; b) revisão e ajuste da medicação; c) modificações no domicílio; d) promoção da segurança no domicílio; e) promoção da segurança fora do domicílio, assim como intervenções multidisciplinares que podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional<sup>11</sup>.

## METODOLOGIA

Realizada uma revisão scoping baseada na metodologia da Joanna Briggs Institute (JBI)<sup>12,13</sup> definindo-se como critérios de inclusão:

Participantes: Pessoas adultas com idade superior a 65 anos.

Conceito: Intervenções para prevenir o risco de quedas.

Contexto: Idosos hospitalizados.

Questão de partida: Quais as intervenções para a prevenção de quedas em idosos hospitalizados?

Idioma: Todos os artigos publicados em inglês, espanhol e português foram incluídos.

Friso temporal: 2017-2021.

Tipo de fontes: Considerados estudos primários e revisões sistemáticas da literatura.

Fontes de informação: As bases de dados utilizadas foram a Cinahl Complete (by EBSCO); Nursing and Allied Health Collection (by EBSCO); Cochrane Library, incluindo Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register Of Controlled Trials (CENTRAL), Database Of Abstracts Of Reviews Of Effects (DARE); Mediclatina (by EBSCO); Medline Complete (by EBSCO); SciELO – Scientific Electronic Library Online; e Portal de Búsqueda de la BVS Enfermería Información y Conocimiento para la Salud. Como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: Pessoas com idade igual ou inferior a 65 anos; Quedas ocorridas em contexto comunitário.

Depois de identificados os descritores e validados no Mesh foi definida a seguinte equação de pesquisa: (“aged” OR “elderly” OR “older” OR “aged person” OR

“aged persons” OR “aged people” OR “aged adult” OR “aged adults” OR “aged population” OR “old age” OR “old aged” OR “older age” OR “third age” OR “aging” OR “senes-cence” OR “adults aged” OR “older adult” OR “older adults”) AND (“hospitalization” OR “hospitalizations” OR “internment” OR “inpatients” OR “inpatient” ) AND ( “accidental falls” OR “falls” OR “falling” OR “accidental fall” OR “slip and fall” OR “fall and slip”) AND (“accident prevention” OR “accident preventions” OR “prevention” OR “preventive measures”).

Seleção de estudos: Após a pesquisa, todos os resultados foram agrupados e carregados no software Mendeley v1.17.6 e removidos os duplicados através da dupla validação por dois revisores. Os títulos e resumos foram selecionados por dois autores independentes, considerando os critérios de inclusão previamente definidos para a revisão. Os estudos identificados como potencialmente relevantes foram selecionados na íntegra para validação completa.

Inclusão de estudos: A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Com base na estratégia apresentada, foram encontrados 348 artigos, através das bases de dados CINAHL Complete (n = 129); Nursing and Allied Health Collection (n = 5); Cochrane Library (n = 2); Medline Complete (n = 197); Mediclatine (n = 9); SciELO (n = 7); e BVS (n = 6). Depois de removidos os duplicados, foram incluídos 343 artigos. Após leitura do título, foram considerados 54 artigos. Nesta fase, após leitura do resumo, foram incluídos 27 artigos para leitura integral do texto. Onze artigos foram excluídos por não cumprirem critérios de inclusão (população e contexto). Um total de 16 artigos foram incluídos nesta revisão.

## QUEDAS EM IDOSOS

O envelhecimento da população apresenta-se como um dos principais problemas do século XXI. As últimas décadas registaram um aumento contínuo e interrompido do número de idosos que transformou as sociedades

mais desenvolvidas em sociedades mais envelhecidas. A conjugação da diminuição da fertilidade com o aumento da esperança média de vida, bem como a elevada emigração portuguesa nas décadas de 1960 e 1970, estão na base desse envelhecimento e da importância absoluta e relativa que a população idosa tem hoje na sociedade portuguesa, seja qual for a forma de a medir<sup>1,3</sup>.

O envelhecimento é, por princípio, um fenómeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, constituindo-se testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, na base dos quais se desenvolveram as políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde. No plano individual, uma maior longevidade traz mudanças significativas do padrão de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social. Com efeito, viver mais significa também estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis, assim como a um declínio das redes pessoais e sociais<sup>4</sup>.

As condições sociais afetam, evidentemente, o estado de saúde individual em qualquer fase da sua vida, mas o risco de desenvolver doenças aumenta consideravelmente com a idade. Apesar de acompanhar o envelhecimento, a redução da capacidade funcional não deve definir o envelhecimento e muito menos justificar a exclusão dos idosos da vida social, que tende a remetê-los para uma limitada sociabilidade familiar ou de vizinhança, senão mesmo e não raramente, para situações de completa solidão social ou, então, para instituições de acolhimento desligadas dos processos de participação coletiva. Em suma, o envelhecimento acentua riscos, correlativos da idade e da vulnerabilidade do estado de saúde; do isolamento social e da solidão propriamente dita; da dependência física e mental, como também económica. Estas alterações determinam um avanço mais ou menos rápido da deterioração característica desta faixa etária, tornado os idosos mais vulneráveis

às doenças e à ocorrência de determinados acidentes, como é o caso das quedas<sup>1,2,4</sup>.

As quedas, em particular as que acontecem em ambiente hospitalar, constituem-se como um problema que assume repercussões significativas a vários níveis, tanto pessoais como organizacionais. O impacto que as quedas têm no contexto diário da vida das pessoas e dos seus familiares, tem uma tradução direta na qualidade de vida e nos gastos em saúde. Como consequência major pode ocorrer a morte, no entanto outras consequências físicas e psicológicas podem advir das quedas, limitando a pessoa na sua recuperação em contexto hospitalar ou no período de reintegração ao seu contexto social. Assim, na prossecução das melhores práticas preventivas do risco de quedas, a WHO sugere a consciencialização para a importância da prevenção das quedas na melhoria da avaliação dos fatores de risco e na implementação de intervenções comprovadas cientificamente e adequadas à própria cultura<sup>7</sup>. Nesse sentido, os resultados explanados nesta revisão, derivam de uma exaustiva pesquisa bibliográfica em várias bases de dados científicas, onde foram selecionados os artigos mais recentes e que respondiam à questão de investigação definida no momento de partida.

## PRÁTICAS PREVENTIVAS DO RISCO DE QUEDAS

### Intervenções de processo

Considerando que as quedas são o incidente de segurança mais notificado nos hospitais e que nenhuma queda é inofensiva pois, para além dos danos físicos (30 a 50%), as quedas têm um impacto psicológico, Morris<sup>14</sup> propõe um programa para a prevenção de quedas que implique uma abordagem coordenada pela equipa multiprofissional por forma a contribuir para a redução das mesmas. Refere ser importante a consciencialização das equipas para uma cultura de segurança: nas reuniões multidisciplinares

identificar oportunidades de melhoria dos cuidados relativos à segurança do doente, envolver a equipa na investigação de quedas associadas a dano grave pela análise causa-raiz e introduzir grupos de segurança (em alguns hospitais foi associada a uma redução do número de quedas).

A decisão sobre a implementação de medidas extraordinárias enquanto elementos de prevenção das quedas, pode passar pela utilização de ferramentas de avaliação previamente validadas, de modo a avaliar o risco inicial e o risco durante a permanência dos doentes no internamento hospitalar, garantindo assim uma personalização constante das intervenções mais adequadas a cada um<sup>15-16</sup>. A identificação de fatores de risco subjacentes, juntamente com intervenções que melhorem de forma clara o impacto de cada um, demonstrou reduzir a incidência das quedas em 20 a 30% nos idosos internados. Assim é recomendada uma avaliação multifatorial do risco de queda a todas as pessoas hospitalizadas com mais de 65 anos<sup>14</sup>.

Kiyoshi-Teo defende que entender o historial de quedas teve um maior impacto nas perceções e atividades relacionadas com a prevenção das quedas<sup>17</sup>. Desta forma, as perceções relacionadas com a prevenção de quedas, as preocupações sobre quedas e a identificação de doentes de risco moderado ou elevado foram positivamente associados a uma diminuição da frequência de quedas.

Existem vários instrumentos que nos permitem avaliar o risco de queda com recurso à atribuição de um valor numérico (*score*) possibilitando predizer se a pessoa tem baixo, moderado ou elevado risco de cair. Estes requerem que seja avaliado se os mesmos servem o seu propósito, isto é, se discriminam entre pessoas com risco de queda e pessoas sem risco, numa população específica<sup>17</sup>.

Uma outra intervenção mencionada por López-Soto et al<sup>18</sup> consiste em enfatizar a importância dos registos de quedas intra-hospitalares e as suas circunstâncias, principalmente o tempo (momento do dia em que

ocorre). Também neste artigo é referido que as quedas podem corresponder a certas atividades previsíveis no tempo. Neste sentido, comprova-se que o estabelecimento de medidas preventivas ajustadas ao tempo, levou à diminuição do número de quedas. Estes autores referem ainda que as quedas em idosos hospitalizados podem ser reduzidas garantindo o reconhecimento imediato do delírio, acompanhado pela implementação de estratégias adequadas da redução do risco.

### Intervenções clínicas

A qualidade e segurança da prescrição de fármacos em doentes idosos continua a ser um problema global de saúde porque a frequência da doença crónica aumenta com a idade e como resultado as pessoas idosas tomam um maior número de medicamentos (polimedicação) quando comparados com a população em geral. Consequentemente, devem ser feitos esforços para melhorar a adequação da seleção da medicação prescrita, nomeadamente em doentes com história de quedas anteriores. A identificação, no momento da admissão, dos fármacos que o doente faz habitualmente em ambulatório, a dose e via de administração, podem constituir-se como diferenciadores na transição terapêutica para o contexto de internamento<sup>19-21</sup>, pelo que a reconciliação da medicação deve ser uma medida de segurança a implementar nos momentos de transição de cuidados.

A revisão e/ou alteração da prescrição de medicamentos que possam potenciar a existência de quedas (predominantemente anti hipertensores e psicotrópicos), a prevenção e gestão do delírio, bem como intervenções simples como a avaliação da acuidade visual, podem reduzir de forma significativa o número de quedas em doentes hospitalizados<sup>21</sup>. A comunicação estruturada e a educação para os próprios idosos e familiares, são uma ferramenta essencial que, em associação com medidas mais específicas, permitem aumentar a literacia em saúde e melhorar consideravelmente os índices de qualidade<sup>19</sup>.

O incentivo ao exercício físico e fortalecimento muscular, acompanhados de vídeos que possam ser disponibilizados aos idosos internados e seus familiares, constituem-se como elementos fundamentais para a prevenção das quedas<sup>17, 20</sup>.

Estão também descritas intervenções como o uso regular e assistido de dispositivo/ equipamento recomendado por fisioterapia, a disponibilização de andador/bengala e a utilização de cinto de transferência durante atividades que impliquem mobilidade<sup>22-23</sup>. O planejamento dos cuidados deve ter em consideração os doentes que fazem diuréticos e laxantes, salvaguardando que estes doentes estejam em locais próximos e de fácil acesso às instalações sanitárias<sup>23</sup>.

As quedas nos idosos hospitalizados têm, nos últimos anos, motivado profissionais e investigadores a empenharem-se na procura de intervenções específicas que possam minimizar o impacto que estas têm na vida das pessoas. E apesar de muitos destes ainda considerarem a contenção física como um recurso de primeira linha<sup>19</sup>, a literatura demonstra existirem outras alternativas válidas para a prevenção das quedas. As chamadas formas de contenção leves orientadas para a segurança do doente, são geralmente aceites como forma de prevenir acidentes devido a quedas. O que não deve ser aceite são práticas que não promovam a autonomia ou a reabilitação do doente e que infrinjam os direitos e a dignidade da pessoa e agravem a agitação ou a confusão<sup>21</sup>. Em função do nível de risco associado a cada doente, deverá ser definido um plano estratégico que vise manter e/ou potenciar a autonomia dos doentes, salvaguardando a sua integridade física. O envolvimento dos familiares, assim como a identificação dos hábitos de vida de cada pessoa, deverão ser considerados na tomada de decisão terapêutica.

### Intervenções ambientais

Intervenções ao nível da gestão ambiental e vigilância do doente, tais como melhorar a disposição dos objetos e mobiliário que se encontram na unidade do doente, assim como a utilização de sapatos antiderrapantes e com tamanho adequado, parecem contribuir para uma redução significativa do número de quedas<sup>19,21</sup>. A referir ainda estratégias como manter a cama travada, manter o chão limpo e seco, dar apoio individual enquanto o doente está no WC, colocar a cama do doente no nível mais baixo, manter o caminho desimpedido, avaliar e modificar o ambiente conforme as necessidades, manter os objetos pessoais ao alcance da pessoa, ajustar a luz para as atividades de vida diária, utilização de luz noturna ou luz suplementar, minimizar os ruídos, corrimãos robustos e desimpedidos, manter ambiente arrumado, reduzir os riscos de tropeçar, colocar o doente mais perto da sala de enfermagem, grades da cama levantadas, certificar que o doente sabe usar o botão de chamada e disponibilizar mesa de cabeceira<sup>22-23</sup>.

A gestão adequada das intervenções a nível da manutenção do padrão de alimentação e hidratação adequado ou a nível da prevenção das úlceras por pressão com a colocação de colchões apropriados, concorrem também para a prevenção de quedas e as suas consequências.

### Programas de prevenção e melhoria contínua

A lista de verificação “*Safe Five*” proposta por Boye-Doe<sup>24</sup> é um exemplo de um método simples para realizar a avaliação do risco de queda e para garantir a segurança do doente. Consiste na avaliação, no início de cada turno, de 5 componentes de segurança: avaliação do risco de queda; presença de cinta protetora de quedas; alarme da cama ativado; verificação de obturador do acesso venoso/ perfusões e verificação de ritmo de perfusão; e botão de chamada ao alcance do doente. Com a implementação deste programa observou-se uma diminuição de 14% da taxa de quedas dos doentes internados e um aumento de 18% da consciencialização por parte dos doentes relativamente à prevenção de quedas. O autor

considera espectável um impacto na redução do custo e na melhoria da satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde<sup>24</sup>.

A utilização do modelo *Structured Interdisciplinary Bedside Rounds* (SIBR), que incorpora um protocolo de comunicação estruturado e uma lista de verificação de segurança, visando os principais fatores de risco que estão associados a quedas intra-hospitalares<sup>25</sup>, duas vezes por semana, foi também associado a uma redução na incidência de quedas intra-hospitalares, mas não a lesões relacionadas a quedas. Um possível mecanismo para a eficácia do SIBR na redução de quedas é que incorpora um protocolo de comunicação estruturado e uma lista de verificação de segurança, que visa os principais fatores de risco que estão associados a quedas intra-hospitalares<sup>25</sup>.

Outros autores, utilizaram o Focused Care for Acute Care (FFC-AC), um programa que pretende mudar a forma como os cuidados são prestados, fazendo com que os enfermeiros ensinem, deem dicas e ajudem os idosos hospitalizados a envolverem-se em atividades físicas durante todas as interações dos cuidados de modo a prevenir o declínio funcional e consequentemente as quedas. O cuidado focado na função é uma filosofia de cuidado que ensina os prestadores de cuidados e cuidadores a avaliar a capacidade subjacente dos idosos em relação à função e atividade física e otimizar a participação do idoso em todas as atividades. A vantagem do cuidado focado na função é que pode ser implementado em diversas unidades hospitalares e integrado no dia a dia do serviço<sup>26-27</sup>.

Todas estas intervenções contribuirão para a melhoria da segurança do indivíduo e consequentemente da sua saúde, e do ambiente familiar e social (devido à diminuição dos custos associados à diminuição da dependência)<sup>26-28</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As quedas em idosos hospitalizados representam uma parte significativa dos incidentes notificados através dos sistemas de gestão de risco. Além do atraso que implicam na recuperação dos mesmos, estas podem resultar em fraturas, lacerações ou hemorragias internas, levando à necessidade de cuidados não previstos. Reduzir os riscos de queda em contexto hospitalar envolve um esforço planeado e coordenado, e para isso é necessário conhecer a dimensão do problema na organização, assim como o grau de gravidade dos danos provocados pelas quedas.

Apesar da prioridade na admissão hospitalar visar o tratamento do problema que motiva a sua ida a este local, em momento algum será possível descuidar a segurança física e mental, pautando com intencionalidade dirigida o cumprimento rigoroso das regras instituídas, bem como de medidas que visem prevenir o agravamento de eventuais debilidades associadas à própria condição que caracteriza esta faixa etária. Para isso importa conhecer devidamente as causas mais frequentes das quedas e desta forma dirigir as medidas mais adequadas à realidade de cada um dos serviços. Geralmente, estas ocorrem devido a uma combinação de fatores de risco intrínsecos (dificuldades na marcha, equilíbrio e força, condição médica aguda, doenças crónicas, inatividade, efeitos colaterais de medicamentos) e extrínsecos (má iluminação, piso irregular, mobiliário instável, calçado impróprio, objetos pessoais inacessíveis). Embora os fatores de risco intrínsecos não possam ser eliminados, estes podem ser geridos de forma a reduzir o risco de queda do idoso. Fatores de risco extrínsecos têm que ser trabalhados para melhorar a segurança no ambiente durante o internamento.

A prevenção de quedas requer uma abordagem interdisciplinar de cuidados e o empenhamento ativo das várias equipas envolvidas nos cuidados aos idosos internados. Para realizar esta coordenação, a prevenção de alta qualidade requer uma cultura organizacional e práticas operacionais que promovam o trabalho em equipa e a comunicação, bem como a expertise individual. Neste âmbito, os enfermeiros,

pelo tempo que dedicam aos seus cuidados e permanecem junto dos doentes, assim como o âmbito de intervenções autónomas que podem implementar, devem assumir a gestão e o controlo relativamente à implementação das medidas identificadas em equipa multidisciplinar e dinamizar programas de prevenção de quedas.

As precauções universais destinadas à prevenção das quedas incluem intervenções que contribuam para um ambiente seguro e confortável e dever-se-ão aplicar a todos os idosos e em qualquer momento do seu internamento. Outras medidas específicas deverão ser desenvolvidas em função das necessidades e da realidade de cada um dos contextos.

## REFERÊNCIAS

1. Cabral M, Ferreira P, Silva P, Jerónimo P, Marques T. Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013.
2. Instituto Nacional de Estatística [INE]. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. 2015 [citada 2021 12 05]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2)
3. Instituto Nacional de Estatística [INE]. Quedas acidentais e impactos causados por objetos lançados, projetados ou em queda. In: Instituto Nacional de Estatística, editor. Causas de Morte 2015. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2017; p.157-160.
4. Costa A, Ribeiro A, Varela A, et al. Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (despacho nº 1242/2016). Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2017. [citada 2021 12 10]. Disponível em: <https://www.anmp.pt/wp-content/uploads/2020/03/198a.pdf>
5. Organização Mundial da Saúde [OMS]. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Suíça: Organização Mundial da Saúde; 2015 [citada 2021 12 06]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO-FWC-ALC-15.01\\_por.pdf;jsessionid=6D65371D9C22019461A794BF242720B0?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO-FWC-ALC-15.01_por.pdf;jsessionid=6D65371D9C22019461A794BF242720B0?sequence=6)
6. World Health Organization [WHO]. Active Ageing a Policy Framework. Madrid: World Health Organization; 2002 [citada 2021 12 05]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO-NMH-NPH-02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. World Health Organization [WHO]. Global Report on Falls
8. Preventions in Older Age. Geneva: World Health Organization; 2007 [citada 2021 12 15]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1973.pdf>
9. Ministério da Saúde. Despacho nº 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. [citada 2021 12 15]. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
10. Direção Geral da Saúde [DGS]. Norma 008/20019: Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2019. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
11. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Falls in older people: assessing risk and prevention. 2013 [citada 2021 12 10]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-pdf-35109686728645>
12. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing. 2006;35 Suppl 2:ii37-ii41.
13. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009; 339:b2535.
15. Morris R, O'Riordan S. Prevention of falls in hospital. Clin Med (Lond). 2017; 17(4):360-362.
16. West GF, Rose T, Throop MD. Assessing nursing interventions to reduce patient falls. Nursing. 2018; 48(8):59-60.
17. de Jong LD, Weselman T, Kitchen S, Hill AM. Exploring hospital patient sitters' fall prevention task readiness: a cross-sectional survey. J Eval Clin Pract. 2020; 26(1):42-49.
18. Kiyoshi-Teo H, Northrup-Snyder K, Cohen DJ, et al. Older hospital inpatients' fall risk factors, perceptions, and daily activities to prevent falling. Geriatr Nurs. 2019; 40(3):290-295.
19. López-Soto PJ, López-Carrasco JC, Fabbian F. Chronoprevention in hospital falls of older people: protocol for a mixed-method study. BMC Nurs 2021; 20:88.
20. Suh M, Cho I. Effectiveness of nursing care provided for fall prevention: survival analysis of nursing records in a tertiary hospital. Jpn J Nurs Sci. 2021; 18(2):e12403.
21. Okeorji, A. The impact of nursing staff ratios on falls rates in skilled nursing facilities. Walden Dissertations and Doctoral Studies. 2017; 3502.
22. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, et al. Comparisons of interventions for preventing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2017; 318(17):1687-1699.
23. Toye C, Kitchen S, Hill A, Edwards D, Sin M, Maher S. Piloting staff education in Australia to reduce falls in older hospital patients experiencing delirium. Nurs Health Sci. 2017; 19(1):51-58.

23. Resnick B, Boltz M. Optimizing function and physical activity in hospitalized older adults to prevent functional decline and falls. *Clin Geriatr Med.* 2019; 35(2):237-251.
24. Boye-Doe, Sylvia B. Improving fall prevention strategies in an acute-care setting. *Walden Dissertations and Doctoral Studies.* 2017; 3337.
25. Basic D, Huynh ET, Gonzales R, Shanley CG. Twice-weekly structured interdisciplinary bedside rounds and falls among older adult inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(3):779-784.
26. Zhao YL, Bott M, He J, Kim H, Park SH, Dunton N. Evidence on fall and injurious fall prevention interventions in acute care hospitals. *J Nurs Adm.* 2019; 49(2):86-92.
27. Lee SH, Kim HS. Exercise interventions for preventing falls among older people in care facilities: a meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017; 14(1):74-80.
28. Tzeng M, Yin Y. A multihospital survey on effective interventions to prevent hospital falls in adults. *Nursing Economics.* 2017; 35(6):304-313.