



AFRONTAMIENTO PSICOLOGICO EN EL SIGLO XXI

ASSESSMENT OF BUSINESS SKILLS EXPERIMENTAL STUDY: ASPECTS AND PERSONALITY TRAITS

Angela Furfari

laureata in Psicologia del lavoro e delle organizzazioni, presso l'università degli studi di Roma Lumsa, facoltà Scienze della Formazione, attualmente collabora con la cattedra di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, presso L'università degli studi di Roma Tre
angelafurfari@gmail.com

Valeria Caggiano

Ricercatore. Psicologia del lavoro e delle organizzazioni. Università degli Studi di Roma TRE, Facoltà Scienze della Formazione, Dipartimento Scienze dell'Educazione, Roma. Indirizzo: Università degli studi Roma Tre, Via dei mille, 23-00185 valeriaccaggiano@hotmail.it

Fecha de recepción: 12 de enero de 2012

Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012

RESUMO

O Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) refere que no grupo etário acima dos 65 anos, 8% sofreu pelo menos um acidente doméstico ou de lazer no último ano. A incidência de quedas nos indivíduos com 70 anos é cerca de 25%, aumentando para 35% após os 75 anos de idade. Na Europa, 50% dos idosos institucionalizados caem pelo menos uma vez por ano e mais de 40% caem várias vezes (Caldevilla e Costa, 2009). O aumento da incidência das quedas acarreta custos individuais, familiares e económicos difíceis de avaliar, até pelas necessidades de recursos e seguimento de saúde associada às consequências de onde se destacam as fracturas, bem como da comorbilidade que se instala após (complicações da imobilidade).

Metodologia: Utilizando o método PICOD (CRD, 2009) esta revisão sistemática tem como objetivo identificar e analisar instrumentos de avaliação de risco de queda nas pessoas idosas,

Os 13 estudos incluídos nesta revisão resultaram numa pesquisa realizada na EBSCO; Scielo; B-on; artigos; Biomed Central; PubMed; Bibliomed; NursesInfo; British Medical Journal; Cochrane.

Resultados: Os instrumentos de avaliação do risco de queda utilizam variáveis diferentes para avaliar o mesmo risco, não esgotam os factores etiológicos e estão predominantemente direccionados para a avaliação do risco de queda em meio hospitalar, permitem melhorar a segurança da pessoa assistida, orientam para o planeamento de diferentes acções preventivas e podem constituir-se como aporte para aumentar a segurança nos cuidados de enfermagem e transformar a incidência de quedas num indicador da qualidade dos cuidados, bem como de dotações seguras.

Deste estudo saem recomendações para a prática (a necessidade de utilizar instrumento de avaliação do risco), formação e investigação.

Palavras-chave: Queda; Idosos; Instrumentos de Avaliação, Risco;

**ASSESSMENT OF BUSINESS SKILLS EXPERIMENTAL STUDY: ASPECTS AND PERSONALITY TRAITS****ABSTRACT**

The National Program For the Health of the Older People (2006) refers that 8% of people aged 65 or above, suffered from, at least, a domestic or a leisure accident, in the last year. The incidence of falls in individuals with 70 years is about 25%, increasing to 35% after the age of 75. In Europe, 50% of the institutionalized elder people fall at least once per year and more than 40% fall more than one time (Caldevilla and Costa, 2009). The increase of the incidence of falls brings individual, familiar and economic costs, which are difficult to evaluate, even for the need of resources and the need of health maintenance associated with the consequences like fractures, as well as the immobility complications that come after.

Methodology: Using the **PI[C]OD** methodology (CRD, 2009), the study aims to identify and to analyze evaluation instruments that measure the risk of fall in older people.

The 13 studies that composed the pattern are the result of a research carried through in EBSCO; Scielo; B-on; articles; Biomed Central; PubMed; Bibliomed; NursesInfo; British Medical Journal; Cochrane.

Results: The instruments to evaluate risk of fall use different variables to evaluate the same risk, do not deplete the factor that cause the fall and, predominantly, are associated to the evaluation of the risk of fall in a hospital, allow to improve the security of the attended person, help planning different preventive cares, and can increase the security in nursing cares and to transform the incidence of falls into a quality indicator of the care given, as well as of safe endowments.

This study leaves recommendations for the clinical nursing practical (the necessity to use instrument of evaluation of the risk), formation and inquiry.

Key-Words: Fall; Aged; Instruments of Evaluation, Risk;

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo gradual, irreversível e incontrolável de declínio das funções fisiológicas, não resulta, necessariamente, em incapacidade (Lueckenotte, 2005), no entanto, à medida que envelhecemos aumenta o risco de acidente (Felten et al, 2005) que representa a quinta causa de morte nos idosos (Rubenstein et al, 2001), a queda é o acidente que mais contribui para o aumento da taxa de mortalidade acima dos 65 anos (CDC, 2008).

Considerando-se a queda como qualquer evento em que a pessoa, inesperadamente, vai para o chão ou outro nível (Cumming et al, 2008), elas representam factores causais para aumentar o nível de dependência do idoso, tornando - se numa preocupação específica, já que afectam a capacidade funcional e estão associadas a modificações anatomofisiológicas decorrentes do processo natural de envelhecimento e de diversas patologias (Silva, 2007; Machado et al, 2009).

Rubenstein et al (2001) afirmam que entre 30 a 60%, das pessoas idosas saudáveis, caem 1 vez por ano, com uma média anual de 0,7 quedas/pessoa/ano.

O Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas (2006:08) refere que 49% das pessoas com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos e 54% com 75 ou mais anos tem a percepção que a sua saúde é má ou muito má. E, no grupo etário acima dos 65 anos, 12% declaram precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária, 8% sofreu pelo menos um acidente doméstico ou de lazer no último ano.

Cumming et al (2008) referem que 30% das pessoas com 65 ou mais anos caem pelo menos uma vez, por ano, e dessas dois terços vão sofrer nova queda até 6 meses (Rush, 2005). Na Europa, 50% dos idosos institucionalizados caem pelo menos uma vez por ano e mais de 40% caem várias vezes (Caldevilla e Costa, 2009), após os 80 anos, 80% cai pelo menos uma vez por ano. São 2 a 3 vezes mais comuns nos hospitais e instituições (Rubenstein et al, 2001), relativamente à incidência na comunidade, com consequências mais graves.



AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SIGLO XXI

Das pessoas que caem 70% sofre, pelo menos, um traumatismo, 20 a 30% com traumatismos graves, tais como traumatismo craneoencefálico ou fractura (CDC, 2008). As fracturas acontecem em 1 a 10% (Grenier-Sennelier et al, 2002) e acima dos 50 anos o risco de fractura do colo do fémur (secundária à queda) aumenta 100% em cada 10 anos. O risco de traumatismo acima dos 80 anos aumenta para 50% (Larsson et al, 2010). Representam dois terços dos acidentes fatais (Rubenstein et al, 2001) e 63% dos traumatismos não fatais nos idosos (CDC, 2008). Um estudo realizado na Suécia por Larsson et al (2010) conclui que 9 em 10 traumatismos resultantes de queda acontecem em idosas com mais de 65 anos.

A taxa de mortalidade secundária a queda é superior 60% nos homens e em termos de lesões traumáticas não fatais é superior nas mulheres, permanecendo por esclarecer estas diferenças (CDC, 2008).

No meio hospitalar os estudos indicam uma incidência de 3 a 20 quedas por mil camas/dia, com uma média de 3 a 20% de quedas das pessoas internadas durante a estadia (Brennan, 2000; Vassalo et al, 2000; Hitcho et al, 2004; Cumming et al, 2008), o que faz com que as quedas representem 40% dos acidentes no hospital (Papaioannou et al, 2004). De salientar que 76% das quedas ocorrem no quarto e 11% na casa de banho, 36% durante a marcha e 24% na mudança de posição de sentado para de pé (Cumming et al, 2008).

O risco de queda, após um primeiro incidente, aumenta onze vezes no hospital, comparativamente com a comunidade (Papaioannou et al, 2004).

Estas são um importante factor contributivo para a dependência dos idosos, sendo considerada a principal causa para a restrição das actividades de vida diária na população idosa (Rubenstein et al, 2001). O medo da queda e o “síndrome de ansiedade pós-queda” resultam na perda de auto-confiança e na auto-imposição de limitações tanto no domicílio como nas instituições (Rubenstein et al, 2001), pode, igualmente, precipitar a decisão de entrar para o “Lar”.

Ribeiro et al (2008) referem que as consequências mais visíveis da queda são a fractura (24,3%), o medo de nova queda (88,5%), o abandono de actividades (26,9%), a modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19%).

Contribuem para o aumento de incapacidade e morbidade (DGS, 2003; CDC, 2006; Cumming et al, 2008; Machado et al, 2009), de mortalidade (Fransen et al, 2002; Röder et al, 2003; DGS, 2003; Kirk-Sanchez, 2004; Shyu et al, 2004; CDC, 2006; Machado et al, 2009), com elevados custos para a saúde individual (Shyu et al, 2004) e económicos (Röder et al, 2003; Shyu et al, 2004; Olsson et al, 2007), com um dispêndio acrescido em serviços de saúde (Röder et al, 2003), aumentando o número de dias de internamento (Grenier-Sennelier et al, 2002).

Sendo a consequência mais visível a fractura do colo do fémur, Rosell e Parker (2003) referem que a estimativa mundial para a incidência destas de 1,3 milhões em 1990. Espera-se que este quadro aumente para 2,6 milhões em 2025 e para 4,5 milhões em 2050. A maioria dos idosos não consegue recuperar a independência para a realização das actividades de vida diária – básicas e instrumentais. A mortalidade também aumenta entre 10-35% no primeiro ano pós-fractura (Zuckerman et al, 2000; Lin e Chang, 2004).

A evidência diz-nos que as quedas, tanto na comunidade, como no hospital podem ser prevenidas. As intervenções incluem programas multifactoriais e intervenções individuais como programas exercícios, modificação da casa, cirurgia às cataratas, diminuição do uso de medicação psicotrópica (Cumming et al, 2008) e a introdução de instrumentos de avaliação do risco.

Fazendo uma avaliação do risco em combinação com intervenções apropriadas pode-se reduzir a probabilidade de queda (Mitty e Flores, 2007).

A introdução de instrumentos de avaliação do risco pode facilitar a modificação do mesmo, até porque a queda pode ser prevenida (Rubenstein et al, 2001).



ASSESSMENT OF BUSINESS SKILLS EXPERIMENTAL STUDY: ASPECTS AND PERSONALITY TRAITS

Os enfermeiros são os profissionais mais bem posicionados para modificar o risco de queda, tanto no domicílio, com na comunidade (Australian Commission on safety and quality in Health care, 2009).

Uma Revisão Sistemática de Literatura (RSL) dado que “representa uma mais valia para a investigação em enfermagem, visando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem baseada em evidência” (Ramalho, 2005:11), permite “vivi-ficar e reforçar as possibilidades da investigação em enfermagem” (Ramalho, 2005:24) pelo que esta teve como objetivos principais: Identificar os instrumentos de avaliação de risco de queda usados nos estudos primário e analisar os referidos instrumentos utilizados de avaliação de risco.

METODOLOGIA

A presente revisão sistemática da literatura foi orientada pela seguinte questão de investigação:

Questão de investigação: Quais são os instrumentos de avaliação usados para determinar o risco de queda na população idosa?

Método: Foi utilizado o método **PI[C]O** (Participants; Intervention; Comparisons; Outcomes), definido pelo *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD, 2009)

Esta orientação metodológica possibilitou a definição dos critérios de inclusão/exclusão de estudos primários, com a finalidade de estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados. Incluíram-se os estudos primários que definem claramente os objetivos, o(s) instrumento(s) de avaliação do risco de queda e discriminam de um modo explícito a fidelidade e validade dos mesmos, independentemente de terem por finalidade a avaliação do instrumento em si ou a avaliação de programas de prevenção de quedas, em que uma das variáveis fosse a utilização do instrumento e avaliação do mesmo.

Excluíram-se os estudos que utilizaram escalas de avaliação do risco pós-queda.

A RSL, efectuada por um único revisor, foi realizada sem metátese e sem metanálise.

Estratégia de pesquisa para identificação dos estudos: A pesquisa foi realizada de Maio a Setembro de 2010, nos idiomas de português e inglês.

Os descritores usados foram – fall risk assessment measures or fall risk assessment tool; prediction of falls risk or risk of falling; geriatric or older people;

Restringiu-se a pesquisa aos anos de 2000 a 2010, por existir uma RSL efectuada por Perell et al (2001) em que os investigadores identificaram 21 artigos, publicados de 1984 a 2000, descrevendo 20 escalas de avaliação do risco de queda.

Os motores de busca/base de dados utilizados foram EBSCO; Scielo; B-on; artigos; Biomed Central; PubMed; Bibliomed; NursesInfo; British Medical Journal; Cochrane.

FORMAÇÃO DA AMOSTRA

A potencial amostra ficou constituída por 43 estudos que respeitavam os critérios de inclusão. A leitura e análise do título e resumo permitiram de imediato eliminar 11 artigos repetidos, obtidos em bases de dados diferentes.

A leitura e análise do resumo dos estudos condicionou a selecção para 25 e a análise do texto integral para 13.

Foram eliminados da amostra os estudos que utilizavam instrumentos adaptados e que não referiam as alterações introduzidas, por não permitirem a sua análise.



AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SIGLO XXI

Os estudos (quadro 1) constituintes da amostra são todos quantitativos, respeitam os critérios de inclusão, descrevem – objetivos; população/amostra, instrumento(s) e metodologia de coleta de dados, permitem a análise e discussão dos resultados.

Quadro 1 – Estudos constituintes da amostra bibliográfica

Estudos primários (autor e ano de publicação)	Escala de avaliação risco de queda	Teste Funcional	Avaliação do estado mental	Check-list de factores de risco
(E1) - Zwink et al (2000)		X (1)*		
(E2) - Perell et al (2001)	X (14)*	X (6)*		
(E3) - Papaioannou et al (2004)	X (1)*			
(E4) - Thomas e Lane (2005)		X (4)*		
(E5) - Schwendimann et al (2006)	X (1)*			
(E6) - Mitty e Flores (2007)	X (1)*	X (4)*		
(E7) - Menezes e Bachion (2008)		X (2)*	X (1)*	
(E8) - Haines, et al (2009)	X (1)*	X (1)*	X (1)*	
(E9) - Queiroz et al (2009)		X (2)*		
(E10) - Oliver e Healy (2009)	X (3)*	X (1)*	X (1)*	X (1)*
(E11) - Machado et al (2009)	X (1)*			X (1)*
(E12) - Petitpierre et al (2010)		X (1)*		
(E13) - Gai et al (2010)		X (2)*	X (1)*	

* - Número de instrumentos utilizados no estudo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados permitem responder à questão de investigação no entanto não pode ser feita a comparação entre os instrumentos utilizados nos estudos porque estes não são homogêneos, sendo utilizadas escalas de avaliação de risco de queda, escalas e testes de avaliação funcional, instrumentos de avaliação do estado mental e “Check-List” para a identificação dos factores de risco individual do idoso que possam predispor à queda.

Utilizam escalas de avaliação do risco de queda 7 estudos, somente dois avaliam esse instrumento isoladamente, as escalas de avaliação do risco de queda identificadas foram a STRATIFY Tool - St. Thomas Risk Assessment Tool - (E3, E10), Escala de Morse (E5, E10) Escala de Hendrich - The Hendrich fall risk model (E6), PJC – FRAT – The Peter James Centre falls risk assessment tool – (E8), Escala de Downton (E11).

Os estudos utilizam, isoladamente, ou em combinação de 2 ou mais instrumentos, as escalas e testes de avaliação funcional para determinar o risco, estas avaliam essencialmente o equilíbrio e a capacidade de marcha. Para Harris et al (2005) a capacidade de andar e o desempenho nesta actividade é um dos principais factores ligados à queda.

**ASSESSMENT OF BUSINESS SKILLS EXPERIMENTAL STUDY: ASPECTS AND PERSONALITY TRAITS**

As identificadas foram o Teste de equilíbrio de Berg (E1), o TGUT – Time Up and Go Test (E4, E6, E9), FRT - The Functional Reach Test (E4, E6, E9, E13), OLST – One Leg Stance Test (E4), POMA – Performance Oriented Mobility Assessment (E4, E7), Teste de equilíbrio e marcha de Tinetti (E6, E13), o Índice de Katz (E7), o Índice de Barthel Modificado (E8, E10) e a FIM – Medida de Independência Funcional (E12).

Para avaliação do estado mental foram usadas a MMSE (E8) e a YESAVAGE (E7, E13).

Alguns estudos associaram aos instrumentos check-list's com factores de risco, o E 10 utilizou a check-list utilizada e recomendada pela NPSA – The york falls care plan e Machado et al (2009) – (E11) avaliaram os factores de risco para quedas presentes num grupo de idosos de acordo com o diagnóstico de enfermagem “Risco para quedas” da NANDA (versão 2001/2002) e determinaram o grau de susceptibilidade aumentado para quedas nos idosos segundo a “Escala de risco de quedas de Downton”.

Das escalas usadas só a escala de Morse e a STRATIFY Tool foram validades em dois ou mais cohortes (NICE, 2004; Schwendimann et al, 2006; Oliver e Healy, 2009). Muitas das ferramentas tem falta de sensibilidade e especificidade e classificam ou a menos ou a mais as pessoas em risco de queda. A escala de Morse tem uma validade preditiva negativa de 90% (Schwendimann et al, 2006) o que significa que em cada 1000 idosos avaliados como tendo baixo risco para a queda 100 irão cair. De acordo com o mesmo autor só 1 em cada 5 idosos classificados como alto risco é que vai cair.

Haines e tal (2009) referem que a STRATIFY tem uma menor sensibilidade ao risco do que a de Morse. Papaioannou et al (2004) utilizaram a British STRATIFY Tool para avaliação de 620 idosos, num período de 6 meses e consideraram que o instrumento tem uma validade preditiva boa, aconselhando a sua introdução na prática clínica.

Perell et al (2001) identificaram 21 artigos, publicados de 1984 a 2000, descrevendo 20 escalas (14 escalas institucionais direccionadas para a prática clínica dos enfermeiros e 6 escalas de avaliação funcional), concluíram que a maior parte das escalas avaliam características similares, mas a forma de diagnosticar o risco de queda e a sensibilidade para essa avaliação mostrou uma grande vulnerabilidade.

Sendo a queda e os problemas de mobilidade resultado de múltiplas, complexas e interactivas causas os instrumentos tem de as prever.

Existe uma disparidade nos instrumentos de avaliação funcional usados. A Sociedade Americana de Geriatria (2001) e a NICE Guidelines (2004) recomendam o recurso ao TUGT (Timed-Up-and-Go Test) como ferramenta simples para identificar com alterações de equilíbrio. Estudos demonstraram que este teste pode discriminar entre os que caem ou não e que uma demora superior a 15 segundos para realizar o teste revela dificuldades funcionais na marcha e/ou equilíbrio (Thomas e Lane, 2005; Mitty e Flores, 2007). Queiroz et al (2009) corroboram esta indicação, utilizando o TUGT e a escala de alcance funcional para avaliação da propensão para a queda e concluem que os instrumentos são fiáveis, Buatois et al (2010) também o utilizaram, conjuntamente com outros dois testes de equilíbrio e os achados demonstram que são preditores do risco.

Para Gai et al (2010) o teste de alcance funcional e a escala de equilíbrio e marcha de Tinetti usados em conjunto são bons preditores de queda nos idosos.

Zwick et al (2000) concluíram que a Escala de Equilíbrio de Berg apresenta um “score” reproduzível, forte consistência interna, moderada sensibilidade e alta especificidade, sendo considerada um instrumento válido e fiável e bom preditor. O estudo realizado por Giriko et al (2006) revela correlação estatisticamente significativa entre a mobilidade avaliada pelo TUGT e a Escala de Equilíbrio de Berg.

Petitpierre et al (2010) ao efectuarem um estudo retrospectivo de 10 anos avaliaram a medida de independência funcional (FIM) como preditor do risco de queda na população geriátrica. Ao cruzarem o score do FIM e o número de quedas reportadas no hospital concluíram que a incidência de quedas foi de 19,4% e que esta escala de avaliação foi incapaz de predizer o risco de queda.



AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SIGLO XXI

Nenhum dos estudos incluídos nesta revisão utilizou a PPA – Physiological Profile Assessment que avalia os aspectos sensoriomotores que contribuem para a estabilidade postural e que demonstrou em diferentes estudos prospectivos permitir discriminar quem cai ou não, em 75% das situações (Close et al, 2005).

Como foi referido anteriormente os instrumentos usados para avaliação do estado mental foram a MMSE e a YESAVAGE, sempre em conjugação com outros instrumentos, o que permitiu identificar o(s) risco(s) associado(s) às alterações do estado de consciência.

A duração de preenchimento dos instrumentos utilizados nos diferentes estudos vai de um aos 80 minutos.

CONCLUSÕES

É difícil saber com exactidão a incidência de quedas na população idosa por esta não ser relatada, muitas só são detectadas pelas consequências directas (lesões traumáticas), sendo, praticamente, impossível identificar as próprias limitações induzidas pelo medo de nova queda.

Para além de um indicador de acidente as quedas podem ser um forte indicador da perda da capacidade funcional.

Pela complexidade do problema o uso de um instrumento de avaliação de risco deve fazer parte dos programas de prevenção, até porque 100% das quedas, são por princípio preveníveis.

A maior parte dos estudos avalia o risco com recurso a dois ou mais instrumentos de avaliação sendo a maioria das escalas desenvolvida para a população idosa, internada em hospital ou institucionalizada em instituições de apoio à terceira idade.

A escala de Morse e a TUGT são os instrumentos com maior sensibilidade para a avaliação do risco.

Do estudo saem recomendações para a prática - introdução de instrumentos de avaliação do risco de queda e de avaliação do equilíbrio e da marcha na prática clínica. Desenvolvimento de programas de prevenção na comunidade que abranjam não só as pessoas com risco, mas todos os idosos.

Para a investigação considera-se fundamental para a compreensão do fenómeno em estudo que as escalas de avaliação do risco possam ser transversais aos diferentes contextos e que não tenham só aplicabilidade nas situações de internamento.

É, igualmente, importante desenvolver instrumentos de avaliação do risco que sejam orientadores de intervenções de prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Geriatrics Society – Guidelines for the prevention of falls in older persons. Journal of American Geriatrics Society. Vol 49.2001. 664-672.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Preventing falls and harm from falls in older people: Best Practice Guidelines for Australian Community Care. 2009.
- Brennam, T.E. – Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. In: BMJ. Vol. 320. 2000. 741-744.
- Buatois, S.; Perret-Guillame, C.; Gueguen, R. ; Miget, P. ; Vançon, G. ; Perrin, P. ; Benetos, A. – A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in community-dwelling adults aged 65 years and older. In: Physical Therapy. Vol. 90(4). 2010. 550-559.
- Caldevilla, M. Costa, M^a Arminda – Quedas dos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem?. Revista de Investigação em Enfermagem, n.º 19. Fev. 2009. 21-25.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Self-Reported Falls and Fall-Related Injuries Among Persons Aged 65 Years. JAMA, Chicago: 2008, Vol. 299, n.14, p. 1658-59.

**ASSESSMENT OF BUSINESS SKILLS EXPERIMENTAL STUDY: ASPECTS AND PERSONALITY TRAITS**

- Close, J.; Lord, S.L.; Menz, H.; Sherrington, C. - What is the role of falls. . In: Best Practice & Research Clinical Rheumatology. Vol.19(6). 2005. 913-935.
- Cumming, R.; Sherrington, C.; Lord, S.; Simpson, J.; Vogler, C.; Cameros, I.; Naganathan, V. – Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. IN: BMJ. Mar. 2008. 758-760.
- Felten, B.S.; Vickey, P.G.; Mangin, E.J.; Purvis G, Ross-Kerr, J.; Vontz, M.J. – Quedas e sua prevenção. IN: Felten BS, Vickey PG, Mangin EJ, Purvis G, Ross-Kerr, Jc, Vontz Mj. Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores. Vol.2. 2005. 515-21.
- Fransen, M.; Woodward, M.; Norton, R.; Robinson, E.; Butler, M.; Campbell, A.J. – Excess mortality or institutionalization after hip fracture: men are at greater risk than women. In: Journal of American Geriatrics Society. Vol. 50(4). 2002. 685-690.
- Gai, J.; Gomes, L.; Nóbrega, O.; Rodrigues, M. – Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. In: Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 56(3). 2010.
- Giriko, C.H.; Pereira, J.D.A.S.; Oliveira, T.L.R.; França, A.C.; Carvalho, A.C. – Avaliação da marcha e do risco de queda de hemiplégicos. In: Actas do X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica – Universidade do Vale do Paraíba. 2006.
- Grenier-Sennelier, C.; Lombard, I.; Jeny-Loeper, C. ; Maillet-Gouret, M. Minvielle, E. – Designing adverse event prevention programs using quality management methods : the case of falls in hospital. In: Int. J. Quality Health care. Vol.14. 2002. 419-426.
- Haines, T.; Bennell, K.; Osborne, R.; Hill, K. – Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. In: BMJ. Vol 328. 2009.9-14.
- Harris, J.E.; Eng, J.J.; Marigold, D.S.; Tokuno, C.D.; Louis, C.L. – Relationship of balance and mobility to fall incidence in people with chronic stroke. In: Physical Therapy. Vol.85. 2005. 159-159.
- Hitcho, E.B.; Krauss, M.J.; Birge, S.; Claiborn Dunagan, W.; Fischer, I.; Johnson, S. – Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: a prospective analysis. In: J. Gen. Internacional Medicine. Vol. 19. 2004. 732-739.
- Kirk-Sanchez, Neva J. – Factors Related to Activity Limitations in a Group of Cuban Americans Before and After Hip Fracture. In: Physical Therapy. Vol. 84, n.º5. 2004. 408-418.
- Larsson, T.; Hägvide, M.L.; Svanborg, M.; Borell, L. – Falls prevention through community intervention – A Swedish example. In: Safety Science. Vol 48. 2010. 204-208.
- Lin, P.C.; Chang, S.Y. – Functional Recovery among elderly people one year after hip fracture surgery. In: Journal of Nursing Research. Vol.12(1). 2004.72-82.
- Lueckenotte A. - Avaliação da enfermagem para a pessoa idosa. In: Lueckenotte A. Avaliação em gerontologia. 3rd ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso. 2002. 1-3.
- Machado, T.R.; Oliveira, C.J.; Costa, F.B.C.; Araujo, T.L. – Avaliação da presença de risco para queda em idosos. In: Revista eletrônica de enfermagem. Vol 11(1). 2009. 32-38.
- Menezes, R.; Bachion, M.M. – Estudo da presença de factores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. In: Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 13(4). 2008. 1209-1218.
- Mitty, E.; Flores, S. – Fall prevention in assisted living: assessment and strategies. In: Geriatric Nursing. Vol. 28. 2007. 349-357.
- Nice: Clinical Practice Guideline for the assessment and prevention falls in older people: National Institute for Clinical excellence.2004.
- Oliver, D.; Healy, F. – Fall risk prediction tools for hospital inpatients: do they work. In: Nursing Times. Vol 105 (7). 2009. 18-21.
- Olsson, L.; Nystrom, A.; Karlsson, J. – Admitted with a hip fracture: patients perceptions of rehabilitation. In: Journal of Clinical Nursing. Vol.16, n.º5. 2007. 853-859.
- Papaioannou, A.; Parkinson, W.; Cook, R.; Ferko, N.; Coker, E.; Adachi, J. – Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. In: BMC Medicine. Vol.2. 2004. 1-7.



AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SIGLO XXI

- Perell, K.; Nelson, A.; Goldman, R.; Luther, S.; Prieto-Lewis, N.; Rubenstein, L. – Fall Risk Assessment Measures, an analytic review. 2001. 761-766.
- Petitpierre, N.J.; Trombetti, A.; Carroll, I.; Michel, J.P.; Herrmann, F.R. – The FIM instrument to identify patients at risk of falling in geriatrics wards: a 10-year retrospective study. In: *Journal Age and Ageing*. Vol. 39, nº 3. 2010. 326-331.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde. Elementos estatísticos: informação geral-saúde. Lisboa: DGS, 2003.
- Queiroz, L.; Lira, S.; Sasaki, A. – Identificação do risco de quedas pela avaliação da mobilidade funcional em idosos hospitalizados. In: *Revista Baiana de Saúde Pública*. Vol. 33 (4). 2009. 534-543.
- Ramalho, Anabela – Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-54-9.
- Ribeiro, A.; Souza, E.; Atie, S.; Souza, A.; Schilithz, A. – A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 13 (4). 2008. 1265-1273.
- Röder, F.; Schwab, M.; Aleker, T.; Mörike, K.; Thon, K.P.; Klotz, U. – Proximal femur fracture in older patients – rehabilitation and clinical outcome. In: *Age and Ageing*. Vol. 32. 2003. 74-80.
- Rosell, P.A.; Parker, M.J. – Functional outcome after hip fracture: a year prospective outcome study of 275 patients. In: *J. Care Injury*. Vol. 34, nº7. 2003. 529-532.
- Rubenstein, L.; Powers, C.; Macleal, C. – Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility in vulnerable elders. In: *Annals of Internal Medicine*. Vol. 135 (8). 2001. 686-693.
- Rush, C. – Development of older adult falls prevention educational materials. In: *Journal of emergency nursing*. Vol. 31 (1). 2005. 19-20.
- Schwendimann, R.; Geest, S.; Milisen, K. – Evaluation of the Morse fall Scale in Hospitalise Patients. In: *Age and Ageing*. Vol 9. 2006. 1-3
- Shyu, Y.; Chen, M.; Liang, J.; LU, J.; WU, C.; SU, J. – Changes in quality of life among elderly patients with hip fracture in Taiwan. In: *Osteoporosis International*. Vol.15. 2004. 95-102.
- Silva, T.M.; Nakatan,i A.Y.K.; Souza, A.C.S.; Lima, M.C.S. – A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. In: *Revista Eletrónica de Enfermagem*. Vol. 9(1). 2007. 64-78.
- Thomas, J.; Lane, J. – A pilot study to explore the predictive validity of 4 measures of falls risk in frail elderly patients. In: *Arch Phys Medical Reabilitacion*. Vol. 86. 2005.1639-1640.
- Vassalo, M.; Azeem, T.; Pirwani, M.F.; Sharma, J.C.; Allen, S.C. – An epidemiologic study of falls on integrated general medical wards. In: *Int.j. Clinical Practice*. Vol 54. 2000. 654-657.
- Zwick, D.; Rochelle, A.; Choksi, A.; Domowicz, J. – Evaluation and treatment of balance in the elderly : a review of the efficacy of the Berg Balance Test and Tai Chi Quan. In: *Neurorehabilitation*. Vol. 15. 2000. 49-56.
- Zucherman, J.D.; Kale, A.A.; Della Valle, C.J.; Frankel, V.H.; Stuchin, S.A.; Di Cesare P.E. – Hip arthroplasty with a collared straight cobalt-chrome femoral stem using second-generation cementing technique: a 10-year-average follow-up study. In: *Journal of arthroplasty*. Vol.15. 2000. 187-193.