

## FATORES DE RISCO PARA QUEDA DE IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE DOURADOS

Marcia Regina Martins Alvarenga<sup>1</sup>; Diana Dávalo Oliveira Dalmagro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Orientadora, Professora Doutora, Coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. e-mail: [marciaregina@uems.br](mailto:marciaregina@uems.br)

<sup>2</sup> Especializanda Lato Sensu em Ciências do Envelhecimento Humano – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. e-mail: [didavalos@hotmail.com](mailto:didavalos@hotmail.com)

### RESUMO

Estudo desenvolvido com objetivo de identificar idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) que sofreram quedas; caracterizar as situações de quedas e suas consequências; verificar se há registro das quedas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; descrever o ambiente ao qual o idoso que sofreu queda se encontra inserido. Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, de corte transversal, realizado junto as ESF do Município de Dourados/MS. Amostra inicial composta por 50 idosos entrevistados pela pesquisa “Sistema de Informação para Monitoramento da Saúde do Idoso para a Rede de Atenção Básica – SIAMI” (novembro de 2012 a fevereiro de 2013) e que apresentaram episódios de queda, sendo que destes foram localizados 42 idosos, dos quais 17 reafirmaram o episódio da queda, sendo esses considerados para os cálculos estáticos. A média de idade foi de 72,41 anos ( $\sigma = 8.28$ ), sendo a média de queda de 1,1 ( $\sigma = 2.0$ ). Detectou-se que ao cair 53% dos idosos não procuraram atendimento de um profissional da saúde, sendo encontrada igual porcentagem quanto ao uso contínuo de anti-hipertensivos associados a outros medicamentos, bem como possuir visão prejudicada. Quando questionados em relação à marcha 71% dos entrevistados relataram não possuir dificuldade, caminham normalmente sem auxílio de equipamento. Nenhum dos entrevistados possuía escadas em casa. Mesmo já tendo sofrido queda, 100% dos entrevistados relataram continuar frequentando todos os locais de sua residência, tanto internos quanto externos. Conclui-se que a partir da avaliação e alteração ambiental, quando necessário, reduz-se potencialmente o risco de queda.

Palavras-Chave: Idosos, Saúde do Idoso, Quedas.

### INTRODUÇÃO

Queda pode ser definida como um evento não intencional que leva uma pessoa a cair ao chão em um mesmo nível ou em outro inferior [1] e pode ser considerada um sinalizador na vida da pessoa idosa, um marcador potencial do início de importante declínio da função motora ou um sintoma premonitório de doença aguda [2].

Em idosos, as quedas são ocorrências importantes porque resultam em comprometimentos de gravidade variável, tais como: restrição das atividades cotidianas, isolamento social, declínio da condição de saúde e aumento da dependência funcional [3]. Cerca de 30% das pessoas idosas com mais de 65 anos caem a cada ano no Brasil sendo responsável por 12% dos óbitos nesta população. Sua origem pode estar associada aos fatores intrínsecos (alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos) e extrínsecos (circunstâncias sociais e ambientais) [4].

Em Dourados, MS a prevalência de quedas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família foi de 33,4% havendo associação significativa para o sexo feminino, os que tinham 80 anos e mais, e os que referiram depressão e problemas de coluna [3].

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [5] instiga os profissionais de saúde a avaliar multidimensionalmente essa população, com o intuito de prevenir as quedas. Portanto, ressalta-se a necessidade do registro do evento para a qualidade do atendimento e da assistência prestada ao idoso [6].

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de risco potenciais para a saúde da pessoa idosa. Este instrumento possibilita ao profissional de saúde planejar e organizar as ações de promoção, recuperação e manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes de saúde. A Caderneta contempla a ocorrência de quedas e qual a repercussão do fato na saúde do idoso, ou seja, se a queda fez com que ele deixasse de realizar alguma atividade após o episódio.

Em relação à prevenção das quedas é importante que haja participação efetiva da equipe de enfermagem através de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, palestras e grupos de terceira idade para que o idoso se torne consciente e agente em relação aos fatores de risco modificáveis existentes em sua residência [7].

Muitos fatores predisponentes a quedas são previsíveis e podem ser evitados, com a promoção da saúde; modificações no domicílio; revisão das medicações; promoção de segurança em suas residências e fora delas; incentivo à prática de atividade física na terceira idade, enfatizando que esta é uma das atribuições concernentes aos profissionais de saúde, possibilitando análise das condições ambientais e domiciliares onde o idoso reside. Isso nos leva

a refletir de forma dinâmica a possível ação do profissional de enfermagem, e por consequência do cuidado de enfermagem na promoção da saúde desses idosos evitando que, eles tenham no final da vida complicações ou acidentes por quedas, o que em muitas ocasiões poderiam ser evitadas [8].

Ressalta-se a relevância epidemiológica, social e econômica em relação aos idosos que estão em situação de risco em relação à queda, tendo isso esclarecido e compreendido é possível traçar condutas que tragam como resultado a melhoria da qualidade de vida dessa população [9].

O objetivo geral da pesquisa foi descrever os fatores de risco para quedas de idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família, tendo como objetivos específicos: a) Investigar os fatores de risco para quedas; b) Verificar se há registro das quedas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa de corte transversal, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, tendo como local de estudo as Estratégias de Saúde da Família, de Dourados, Mato Grosso do Sul. A população estudada foi constituída pelos idosos (ambos os sexos com idade mínima de 60 anos) assistidos pela Estratégia de Saúde da Família – sendo estas as ESF, 17 e 27 (Jóquei Clube), 21 e 35 (Cabeceira Alegre), 26 (Jardim Carisma), 28 (Vila Hilda), 33 (Indaiá), 37 (Jardim Ouro Verde), 39 (Altos do Indaiá).

A população foi constituída por 17 idosos já entrevistados pela pesquisa “Sistema de Informação para Monitoramento da Saúde do Idoso para a Rede de Atenção Básica – SIAMI” (no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013) e que apresentaram episódios de queda. Para escolha dos idosos foi analisado o banco de dados do projeto SIAMI para identificar e selecionar os indivíduos que sofreram quedas. De um total de 183 idosos foram encontrados 17 (9,3%) com relatos de quedas. Os dados foram analisados através de medidas de tendência central e os resultados, apresentados em tabelas e gráficos.

Os instrumentos utilizados foram: um questionário semiestruturado, e para avaliação do ambiente serão utilizadas as Escala Ambiental de Risco de Queda e *Fall Risk Score de Downton* (Risco de Quedas).

A *Fall Risk Score de Downton* foi desenvolvida por Downton em 1992 e disponibilizada publicamente em 1993, sendo que o instrumento se apresentou sensível em relação à pontuação apresentada e o número de quedas [10].

Para avaliar e quantificar o risco de queda dos idosos, podemos utilizar a Escala de Downton, composta de 5 (cinco) itens: 1) quedas anteriores; 2) medicações; 3) deficit sensório; 4) estado mental; 5) marcha [11].

A escala possui uma pontuação que varia de 0 a 12, sendo considerado idoso com risco de queda aquele que apresentar pontuação igual ou maior que 3 (três), onde as questões 1 (um), 4 (quatro) e 5 (cinco) devem ter marcadas apenas uma das alternativas respectivamente, e as demais questões, caso necessário, podem ser marcadas mais de uma alternativa, a cada alternativa, quanto maior a pontuação atingida pelo idoso em questão, maior seu risco de queda.

A *Fall Risk Score (FRS)* foi traduzida em 2008 por Schiaveto, verificou-se pelo autor que a melhor pontuação de corte maximizando a sensibilidade e especificidade foi de três pontos, assim sendo, idosos que obtiverem pontuação de 0 a 2 serão considerados de baixo risco de queda e os que apresentarem de 3 (três) a mais pontos serão considerados de alto risco de queda [10].

A Escala Ambiental de Risco de Queda contém questões abordando a segurança de áreas de locomoção, disposição da mobília, iluminação, disponibilidade e acesso aos objetos, nos seguintes locais: quarto de dormir, banheiro, cozinha, escada e sala. O teste consta de 29 questões, sendo realizada uma pontuação no estudo da seguinte forma: “0 (zero) para cada resposta afirmativa e 1(um) para cada negativa, sendo que quanto maior o escore final maior o risco de quedas [12]. Demonstrou-se que os ponto de corte para a Escala Ambiental de Risco de Queda a ser adotada deve ser: menos de 10 pontos considerado baixo risco, de 10 a 20 pontos médio risco e maior que 20 pontos alto risco ambiental para quedas [12].

A pesquisa com os idosos foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com o parecer n. 134.412/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O aumento da população idosa traz à tona a discussão sobre eventos incapacitantes, sendo que entre esses se destacam as quedas, pois causam grande temor a essa população devido suas consequências, como: fraturas, restrição para desenvolver suas atividades diárias, declínio da qualidade de vida, entre outros [13].

Em relação à idade foram encontrados os seguintes resultados: mínima igual a 61 anos, máxima de 90 anos, com média de 72,41 anos e um desvio padrão de 8,28. O grupo de pessoas com 75 anos ou mais é o que apresenta maior crescimento relativo no Brasil em relação ao total da população idosa [14].

A tendência de envelhecimento da população brasileira fica clara em relação à distribuição projetada por grupo de idades realizado pelo IBGE, onde o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade passam de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060, ou seja, um aumento de 20 pontos percentuais [15].

No Brasil cerca de 30% da população idosa caem por ano, sendo que destes 60 a 70% apresentam um risco mais elevado para cair no ano subsequente e dois terços cairão novamente [16]. Dos indivíduos que relataram quedas, foi encontrado que o número de vezes que caiu mínimo igual a 1 (zero) e máximo igual a 10 (dez), obtemos assim a média de 1.1 e desvio padrão igual a 2.0.

Quanto à distribuição dos idosos em relação à posse da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) encontramos que 64,7% (n=11) declararam não possuir a Caderneta, dentre os 35,3% (n 06) que declaram possuí-la, 100% (n=06) estavam em posse da mesma.

A caderneta do idoso é uma importante ferramenta na gestão das ESF, permitindo dessa forma conhecer o perfil dos idosos que são atendidos na comunidade [12].

Em relação às anotações somente 02 idosos (11,8%) possuíam a ocorrência da queda anotada na caderneta, e essas quando realizadas não eram feitas de maneira completa. São necessárias que sejam realizadas as anotações dos relatos de queda, além da repercussão dessa queda na saúde da pessoa, como por exemplo, deixar de realizar alguma atividade do dia a dia [17]. Tendo em vista a população estudada, não houve relato de consequências sofridas,

pela queda, como por exemplo deixar de frequentar algum lugar da sua residência, ou realizar alguma atividade do seu dia a dia.

Foi encontrado que 76,5% (n=13) dos idosos sofreram queda em suas residências. As escadas, o banheiro, os quartos e a cozinha podem, potencialmente, provocar quedas. Sendo importante salientar que a maioria das fraturas é resultante de quedas em casa [18]. Em estudo realizado em 2007 com 73 idosos, evidenciou-se que 41,1% referiram queda no ambiente domiciliar interno e 30,2% referiu queda no ambiente domiciliar externo, totalizando dessa forma 71,3% de quedas em ambiente domiciliar de forma generalizada [19].

Saber o local onde ocorreu a queda é importante para identificar fatores ambientais causadores da mesma [20].

Podemos detectar que ao cair 52,9% dos idosos não procuraram nenhum tipo de atendimento de um profissional da saúde, somente 23,5% procuraram o atendimento na Unidade Básica de Saúde, 17,6% atendimento hospitalar e 6,0% atendimento em um Pronto Atendimento Médico.

Em relação ao uso de medicamentos 52,9% (n=09) dos idosos fazem uso contínuo de anti-hipertensivos associados a outros medicamentos, entre estes sendo prevalente a associação com diuréticos, seguidos por 23,5% (n=04) que fazem uso somente de anti-hipertensivos, 17,6% (n=03) que não tomam nenhum medicamento e 5,9% (n=01) que tomam outras medicações. Dos 251 idosos entrevistados em estudo realizado em 2004 identificou-se que mesmo não verificando a relação direta do uso do medicamento e da queda, 70% dos idosos referiram fazer uso de medicamento antes da queda, sendo que 34% eram representados pelos idosos que fizeram uso de anti-hipertensivo [20]. Ressalta-se em estudo de 2007 que dos 73 idosos entrevistados em seu estudo, 34,3% fazem uso de apenas um fármaco, sendo 60,3% medicamentos relacionados a doenças cardíacas [19].

Dos 17 idosos que relataram queda 52,9% (n=09) declaram possuir visão prejudicada, seguidos de 41,2% (n=07) que declaram não possuir nenhum tipo de deficit sensorio, e 5,9% (n=01) possuir visão e audição prejudicada. Foi semelhantemente encontrado em pesquisa realizada em 2005, sobre a prevalência e fatores associados ao deficit de equilíbrio em idosos,

com 310 participantes também residentes na comunidade um percentual igual a 78,4% (n=243) que declaram acuidade visual diminuída e 38,7% (n 120) possuindo audição diminuída [21].

Dentre os entrevistados 100,0% (n=17) encontravam-se orientados.

Quando questionados em relação à marcha 70,6% (n=12) dos entrevistados relataram não possuir dificuldade, conseguem caminhar normalmente sem auxílio de nenhum equipamento, seguidos de 17,6% (n=03) que com auxílio de equipamentos conseguem sentir-se seguros ao caminhar, já 11,8% (n=02) relataram insegurança ao caminhar com ou sem auxílio de algum equipamento. Quando há um comprometimento em relação ao equilíbrio e as atividades instrumentais, limitação da força muscular e da marcha o idoso encontra-se mais vulnerável a tudo, inclusive a morte [22].

A tabela 1 apresenta a característica do ambiente ao qual esses idosos se encontravam inseridos, sendo que nenhum dos entrevistados possuía escadas em casa, não foram apresentados dados referentes à mesma, pois o dado estatístico torna-se irrelevante. Mesmo já tendo sofrido queda, todos os entrevistados relataram continuar frequentando todos os locais de sua residência, tanto internos quanto externos.

Em estudo realizado para avaliação ambiental padronizada com 87 idosos, percebeu-se o alto risco ambiental para risco de queda sendo que o com maior incidência foi o piso escorregadio apresentando percentual igual a 88,5%, presença de tapetes na sala 62% e ausência de iluminação noturna 44,8%, chegou-se a conclusão que nenhum domicílio se encontrava livre de riscos, ressaltando-se que idosos que não sofreram adotam atitudes de risco em relação ao ambiente onde se encontra [23].

Tabela 1. Distribuição da frequência dos idosos segundo a avaliação do risco ambiental para queda. Dourados, MS. 2014.

| LOCAL             | CARACTERISTICA           | SIM | %  | NÃO | %  |
|-------------------|--------------------------|-----|----|-----|----|
| AREA DE LOCOMOÇÃO | Desimpedidas             | 14  | 83 | 3   | 17 |
|                   | Revestimento uniforme    | 11  | 66 | 6   | 34 |
| ILUMINAÇÃO        | Suficiente               | 14  | 83 | 3   | 17 |
|                   | Interruptores acessíveis | 13  | 76 | 4   | 24 |

|                         |                         |    |     |    |    |
|-------------------------|-------------------------|----|-----|----|----|
|                         | Sentinela               | 15 | 88  | 2  | 12 |
|                         | Iluminação exterior     | 14 | 83  | 3  | 17 |
| <b>QUARTO DE DORMIR</b> | Guarda roupa acessível  | 16 | 94  | 1  | 6  |
|                         | Cadeira para se vestir  | 16 | 94  | 1  | 6  |
|                         | Cama de boa altura      | 17 | 100 | 0  | 0  |
| <b>BANHEIRO</b>         | Lavabo fixo e acessível | 16 | 94  | 1  | 6  |
|                         | Área com antiderrapante | 6  | 36  | 11 | 64 |
|                         | Box de fácil abertura   | 6  | 36  | 11 | 64 |
| <b>COZINHA</b>          | Armário baixo           | 14 | 83  | 3  | 17 |
|                         | Pia sem vazamento       | 15 | 88  | 2  | 12 |

Fonte: Pesquisa

Quando questionados em relação aos ambientes onde passam maior parte do seu tempo e qual a atividade desenvolvida nesse local, obtivemos que prevalece o quarto de dormir e a cozinha, sendo que estas são usados para dormir e cozinhar respectivamente.

Em 10 ensaios realizados em 2009 evidenciou-se que mudanças e intervenções de segurança no ambiente domiciliar não reduzem o risco de queda evidentemente, exceto em casos de indivíduos com o risco de queda mais elevados [24].

## CONCLUSÃO

A queda dá-se comumente em ambiente domiciliar, afeta a qualidade de vida dos idosos que as sofreram, consequentemente de seus familiares e comunidade, sendo a queda um fator que pode ter sua incidência reduzida ou até mesmo evitada com medidas preventivas e pequenas alterações nos ambientes ao qual esse idoso se encontra inserido.

Destaca-se que entre os fatores de risco mais predominantes encontramos o uso de medicamentos associados ao risco de queda, e o ambiente inadequado para idosos, onde a presença excessiva de móveis ou objetos decorativos como tapetes são responsáveis por aumentar o risco eminente de queda.



É importante ressaltar que enfermeiro da atenção básica como profissional responsável pela atenção primária deve realizar atividades de prevenção que envolva o idoso, os familiares e a comunidade, pois somente com o envolvimento de todos será possível realizar uma prevenção efetiva.

## REFERÊNCIAS

1. Netto, MP; Brito, FC. Urgências em Geriatria. São Paulo: Atheneu; 2001.
2. Hargreaves, LHH. Geriatria. In: Oficina da SEEP – Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal. Brasília; 2006. 487 p.
3. Alvarenga, MRM; Oliveira, MAC; Faccenda, O; Gaspar, JC; Amendola, F. Prevalência de quedas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Dourados, MS. RSPMS, 2009; 3(1): 75-82.
4. Costa, DS; Araújo, NH; Albuquerque, ERO; Girão, MA; Almeida, IG; Silva, DMA. In: 71ª Semana Brasileira de Enfermagem. 2010, Guaramiranga. Quedas no idoso: fatores intrínsecos e extrínsecos para sua ocorrência. Guaramiranga: ABEN, 2010, p. 57.
5. Ministério da saúde (BRASIL). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica nº 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2006: 07.
6. Freitas, R.; Santos, SSC; Hammerschmidt, KSA; Silva, ME; Pelzer, MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. Rev. Bras. Enf. 2011 mai-jun; 64(3): 478-485.
7. Miranda, RV; Mota, VP; Borges, MMMC. Quedas em Idosos: Identificando Fatores de Risco e Meios de Prevenção. Revista Enfermagem Integrada, 2010 jul-ago; 3(1): 453-464.

8. Avila, JBG. Cuidado de enfermagem ao idoso na prevenção de Quedas: estudo de caso baseado na Representação geográfica espacial [Trabalho de Conclusão de Curso]. Uruguaiana: Universidade Federal dos Pampas, 2010.
9. Aguiar, JLN; Almeida, EMM; Costa, DA.; Pinto, MVM; Martins, MF; Oliveira, MS; Silva, ALS. Análise o equilíbrio e redução do risco de quedas em idosos institucionalizados após programa de exercícios fisioterapêuticos. Rev Digital, 2008; 13(119): 01.
10. Schiaveto, FV. Avaliação do risco de queda em idosos na comunidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2008.
11. Ferreira, NC; Caetano, FM; Dámazio, LCM. Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson. Rev Bras Geriatr e Gerontol, 2001 abr-jun; 5(2): 74-79.
12. Borges, PS; Filho, LENM; Mascarenhas, CHM. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. Rev Bras Geriatr Gerontol, 2010; 13(1): 41-50.
13. Brito, TA; Fernandes, MH; Coqueiro, RS; Jesus, CS. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto Contexto Enf. Jan-Mar 2013; (1): 43-51.
14. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios; 2002. [Acesso em: 01.10.2014]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>.
15. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. p. 21. Rio de Janeiro: 2013.

16. FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalence and features of falls of institutionalized elders. Rev Bras Enf. Brasília. 2010 nov-dez; 63(3): 991-997.
17. Ministério da saúde (BRASIL). Secretaria de Atenção a Saúde. Caderneta de Saúde da pessoa Idosa: manual de preenchimento. p. 13. Brasília: 2008.
18. Pinho, TAM; Silva, AO; Tura, LFR; Moreira, MASP; Gurgel, SN; Smith, AAF; Bezerra, VP. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46(2): 320-7.
19. Jahana, KO; Diogo, MJD. Queda em idosos: principais causas e consequências. Saúde Coletiva, 2007; 4(17): 148-153.
20. Fabricio, SCC; Rodrigues, RAP; Junior, LC. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública, 2004; 38(1):93-9.
21. Maciel, ACC; Guerra, RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. Rev Bras. Ci e Mov, 2005; 13(1): 37-44.
22. Perracini, MR; Ramos, LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública, 2002; 36(6): 709-16.
23. Ferrer, MLP; Perracini, MR; Ramos, LR. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. Rev Bras Fisioter, 2004; 8(2): 149-154.
24. Gillespie, L; Handoll, HHG. Prevention of falls and fall-related injuries in older people. Rev Inj Prev, 2009; 15(5): 354-355.



# 4<sup>o</sup> CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade, Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015



(83) 3322.3222  
contato@cieh.com.br  
**www.cieh.com.br**