

Aplicação da escala de Downton em um serviço público de saúde em João Pessoa-PB como instrumento de auxílio na prevenção de quedas

Luana Diniz Campos ¹
Mayrlla Myrelly Vieira Formiga ²
Ana Paula Torres dos Santos ³
Maria Eliziane Guimarães Menino ⁴
Sandra Fernandes Pereira de Melo ⁵

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno natural, dinâmico e progressivo, que varia de pessoa para pessoa, resultando em alterações psicológicas, sociais e biológicas, ocasionando uma maior vulnerabilidade a processos patológicos (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Por outro lado, é sabido que o Brasil passa por uma transição demográfica em que um aumento da expectativa de vida em detrimento da diminuição da taxa de natalidade, o que apresenta um grande desafio para órgãos competentes, profissionais da saúde e familiares, necessitando de estratégias que visem a promoção da saúde e a prevenção de agravos, incluindo ações de prevenção de quedas (PINHO et al, 2011). Assim, o atendimento adequado à saúde do idoso deve ser direcionado para a prevenção e identificação de sinais e sintomas característicos do envelhecimento com fragilidade, processo envolvendo a interação de fatores biológicos, sociais, alterações cognitivas, instabilidade da marcha e quedas (FERREIRA; YOSHITOME, 2010).

Entende-se que queda é um evento não intencional que resulta na mudança de posição inesperada do indivíduo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Ela é responsável por uma alta mortalidade no Brasil, além de trazer outras consequências significantes para a saúde e a qualidade de vida dos idosos, como: limitação na realização de atividade física, isolamento social e perda da autonomia, levando a necessidade de institucionalização do idoso frágil. (FERREIRA; YOSHITOME, 2010; STETER et al., 2014).

¹ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM, luanadcfisio@gmail.com;

² Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM-PB, mayrlla.myrelly@outlook.com;

³ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM, anaptorres@hotmail.com;

⁴ Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM, elizianeguimaraes.enf@gmail.com;

⁵ Graduada em fisioterapia pela Unipê e pós graduada em educação e fisioterapia pneumofuncional, sandrafermelo@hotmail.com.

Portanto, devido à grande incidência de quedas em pessoas idosas, faz-se necessário a realização de estudos que apontem o risco de quedas em pessoas idosas que vivem na comunidade para que sejam realizadas medidas preventivas. Este estudo propõe avaliar o risco de quedas em pessoas idosas usuárias de um Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCI), contribuindo como um alerta a prevenção de quedas nesta população, podendo ajudar a mantê-los independentes funcionalmente, além de contribuir com os profissionais de saúde que cuidam desta faixa etária ao nível da atenção básica na elaboração de projetos preventivos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa observacional porque avaliou o risco de quedas observando os fatores intrínsecos que podem levar a pessoa idosa a sofrer uma queda; é descritiva porque foi realizado o registro e a descrição do risco de quedas de pessoas idosas sem a interferência do pesquisador; com abordagem quantitativa dos dados, pois os fatos foram analisados por meio de dados numéricos que estabeleceram padrões a eles relacionados (GIL, 2011; REGO; PALACIOS, 2012).

A pesquisa foi realizada no Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCI), localizado no bairro Castelo Branco I, no município de João Pessoa/PB. Este centro foi escolhido para a seleção dos participantes por ser um espaço de ajuntamento de pessoas idosas usuárias cadastrado na Unidade de Saúde da Família Castelo Branco I, e de fácil acesso para a realização da pesquisa. Este centro possui 150 pessoas idosas cadastradas, inicialmente estimou-se a participação de 100 pessoas idosas correspondendo a uma amostra com nível de confiança de 90% (erro amostral de 5%). Foram estabelecidos como critério de inclusão: ter idade igual ou acima de 60 anos; ter condições cognitivas preservadas para responder aos questionamentos. Os critérios de exclusão foram: não apresentar condições cognitivas para responder aos questionamentos e não aceitação em participar voluntariamente da pesquisa.

Durante o desenvolvimento da pesquisa houve um recadastramento realizado entre o mês de março e abril de 2016, o que reduziu o número de idosos frequentadores do CCI para 54. Então de acordo com essa redução e com os critérios adotados, a pesquisa foi realizada com apenas 35 idosos, através da aplicação de entrevista realizada três vezes na semana.

A pesquisa foi realizada em três etapas: uma entrevista, contendo as variáveis sociodemográficas como: nome, idade, sexo, profissão, ocupação atual, prática de alguma atividade física e questionamentos acerca de histórico de quedas. Para a avaliação do risco de quedas foi utilizada a Escala de Downton (FallRisk Score de Downton-1993), sendo validado

em português e estimado sua sensibilidade e especificidade, tendo por enfoque avaliar os riscos de quedas com o seguinte fator: deambulação. Para indicar o risco de quedas, o participante tem que apresentar Score >2.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa e a realização do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisas com seres humanos.

DESENVOLVIMENTO

Devido às mudanças inerentes ao próprio processo natural do envelhecimento, como a redução da visão e audição, deformidades musculoesqueléticas, diminuição da massa muscular, de alterações do equilíbrio e da mobilidade e do aparecimento de doenças crônico-degenerativas ao longo do tempo, essas alterações poderá acarretar para o idoso episódio de quedas (RIBERIO; FILHO; BEZERRA, 2012).

A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos. Embora não seja uma consequência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de fragilidade ou indicar doença aguda. Muitas vezes, provocam fraturas com consequências graves para a qualidade de vida e a saúde do idosos, como imobilidade, alto índice de mortalidade pós-cirúrgico. Além dos problemas clínico, as quedas apresentam custo social, econômico e psicológico enormes, aumentando a dependência e a institucionalização (BRASIL, 2010).

Dentre as principais consequências decorrentes das quedas, encontram-se as fraturas, que parecem levar ao idoso maior vulnerabilidade a novos episódios, independentemente de sua frequência. Ademais, destacam-se também lesões na cabeça, ferimentos graves, ansiedade, depressão e o chamado “medo de cair”, medo de subsequentes quedas. Esses indivíduos estão propensos a desidratação, pneumonia, úlceras de decúbito e tendem a se tornar um idoso mais frágil. Eles correm também o risco maior de morte, perda da independência e institucionalização (FREITAS, 2013; MAIA et al., 2011).

Assim, a importância da prevenção está no intuito de prolongar a vida com qualidade, promovendo fatores que retardem os declínios decorrente do envelhecimento e que diminua os responsáveis pela perda da independência e da autonomia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Escala de Downton é utilizada para avaliar o risco de queda, se necessário, para programar medidas preventivas para evitar novos eventos. Esta escala considera o fato de não

ocorrência de quedas anteriores, as causas que produziram ou fatores de risco apresentados a respeito de cada paciente e da idade, atribuindo a cada ponto um valor de 0 ou 1. Quando o escore da escala for maior que 2 pontos considera-se que o paciente tem um elevado risco de quedas. Nessa pesquisa foi possível observar a ocorrência de episódios de quedas anteriores em 34% dos participantes enquanto que, 66% não apresentam quedas anteriores. Além disso, a idade dos participantes da pesquisa variou entre 60 e 90 anos, distribuídos em três categorias: idosos jovem (60 a 70 anos), com 14 participantes; idosos maduros (71 a 80 anos), com 17 participantes e idoso velho (81 em diante), com 4 participantes. Nestes últimos, os idosos que tem entre 71 a 80 anos apresentaram o maior percentual de 49% devido a sua maior fragilidade inerente a idade. Em relação ao gênero, observa-se que 94% dos entrevistados eram do sexo feminino e 6% do sexo masculino. Esse percentual deve-se principalmente a frequência do CCI ser maior de idosos do gênero feminino, do que do gênero masculino.

De acordo com o estudo realizado por Machado, et al. (2009), quando se avaliam grupos inseridos em programas de atenção à saúde, a presença de uma maioria de mulheres é marcante, pois elas procuram mais os serviços de saúde e grupos específicos. Confirmando a tendência de estudos entre idosos, possuem uma menor participação masculina. Isso pode acontecer pela existência da mortalidade diferencial de gênero que prevalece há longas datas na população brasileira (SOBREIRA; SARMENTO; OLIVEIRA, 2011). Estes dados corroboram com os encontrados nesta pesquisa.

Em relação a prática de atividades físicas entre os idosos: 83% praticam atividade física e 17% não praticam, observando que a maioria se beneficia com as atividades que o CCI oferece, tais como, atividades de musculação, aeróbica, hidroginástica, yoga e terapia ocupacional. Zago (2010) diz que as atividades físicas devem ser encaradas como uma das principais ferramentas e equilíbrio do processo saúde – doença, beneficiando o idoso, principal alvo desta relação, bem como o poder público com redução de gastos na saúde curativa. O autor complementa ainda que dependendo do tipo e forma que a atividade física é realizada, os benefícios para o idoso e o problema que se pretende combater podem ser resolvidos de forma direto ou indireto.

Portanto, ao somar os domínios da escala em questão, na pesquisa atual, é possível determinar que 66% dos idosos apresentam alto risco de quedas e 34 % apresentam baixo risco de quedas. Conforme Almeida (2012) estudo realizado na Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Viseu, com amostra de 162 indivíduos, no que diz respeito aos dados obtidos da aplicação da escala de Downton, verificou-se que 95,1% dos indivíduos

apresentavam risco de queda e apenas 4,9% não apresentavam risco de queda. Assim, o presente estudo relaciona-se com os achados anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, conclui-se que, de acordo com a escala de Downton, 66% dos idosos apresentam alto risco de queda, pois a maioria dos idosos apresentava a faixa etária elevada, levando-se em consideração que a incidência de quedas é crescente de acordo com o aumento da idade. Além de que a diminuição da acuidade visual e auditiva também são outros fatores que colaboram para a ocorrência das quedas. Entretanto, por outro lado, a realização de atividades físicas promove o retardo dos declínios funcionais além de melhorar a qualidade de vida motora e mental.

Por fim, o desenvolvimento desta pesquisa permitiu identificar a necessidade da avaliação continuada dos idosos que já sofreram quedas. Assim, precisa-se implementar estratégias preventivas que compreendam reabilitação da força muscular, equilíbrio e capacidade funcional. Fornecer educação para o autocuidado e aumentar a supervisão da equipe multiprofissional nos períodos e locais de maior incidência de quedas, melhorando desta forma a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Idoso; Fraqueza muscular; Prevenção de doenças; Promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, H.C.A. et al. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. **Rev Saúde Pública** . p;49:37, 2015.

ALMEIDA, L.P.; BRITES, M.F. ; TAKIZAWA, M.G.M.H. Quedas em idosos: fatores de risco. **RBCEH**. Passo Fundo, v. 8, n. 3, p. 384-391, set./dez. 2011.

ALMEIDA, Catarina Inês Soares. **Risco de Queas nas UCCI distrito de Viseu: estudo comparativo escala de Morse e escala de Downton**. Instituto Politécnico de Viseu, 2011. Tese de Mestrado , Escola Superior de Saúde de Viseu.

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos Porto Alegre**, v. 14, n. 1, p. 115-131, jan./jun.2015

BRASIL. **Quedas em idoso**. Brasília: Ministério da saúde, v.12, 2010.

FECHINE, B.R.A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

FERREIRA, D.C.O.; YOSHITOME, A.Y. Prevalência e característica das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Brasileira e Enfermagem**. Brasília, v.63, n. 6, p. 991-997, jul. 2010.

FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1741p, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MAIA, B.C. et al. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 381-393, 2011.

MELO, Beatriz Rodrigues de Souza; SANTOS, Patrícia Rodrigues Souza; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Fatores de risco extrínsecos para quedas em idosos: uma revisão bibliográfica. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 6, n. 2, p. 695-703, out. 2014.

NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher, GERP 2001.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **RevEscEnferm USP**, v. 46, n. 2, p.320-327, jul.2011. REGO, S.;

PALÁCIOS, M. **Comitês de ética em pesquisa: teoria e prática**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2012.

RIBEIRO, C.A., FILHO, J.C., BEZERRA, K. Como prevenir a queda de idosos. Hospital ALBERT EINSTEIN. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira**. 2012.

SOBREIRA, Francisca Maria M; SARMENTO, Wesley Epifano; OLIVEIRA, Ana Maria Braga de. Perfil Epidemiológico e Sócio-Demográfico de Idosos Frequentadores de Grupo de Convivência e Satisfação Quanto à Participação no Mesmo. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V. 15, N.4, P. 429-438, 2011.

STETER, A.M. et al. Importância da avaliação do equilíbrio e marcha do idoso. **J Health SciInst**, v. 32, n. 1, p. 43-47, fev. 2014.