



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA**



Comunicações Breves



Fatores intrínsecos do risco de queda de idosos no domicílio: estudo descritivo

Izabel Cristina Luiz¹, Ana Karine Ramos Brum¹

¹ Universidade Federal Fluminense

RESUMO

Objetivo: associar os fatores intrínsecos de riscos de quedas com a ocorrência de queda no ambiente domiciliar em idosos com doenças crônicas. **Método:** estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado em junho e julho de 2015 com 36 idosos octogenários, participantes de um programa multidisciplinar de monitoramento de pacientes crônicos do estado do Rio de Janeiro. Para coleta de dados aplicou-se a Escala de Downton. **Resultados:** todos os idosos mostraram-se orientados pelo Mini Exame do Estado Mental, cuja escore médio foi de 27 pontos; 86,1% apresentaram alto risco intrínseco para queda, embora a presença de algum déficit sensorial ($p=0.09$), quedas anteriores ($p=0.35$), uso de medicamentos ($p=1$) e a deambulação ($p=1$) não tenham apresentado associação com a ocorrência da queda durante seis meses de acompanhamento. **Conclusão:** evidenciou-se elevado risco intrínseco de queda na população idosa estudada. Dentre os fatores mais prevalentes destacaram-se as quedas anteriores e uso de medicamentos, especialmente hipotensores.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Acidentes por Quedas; Segurança do Paciente.

O que se sabe?	Queda é um fator de morbidade em idosos.
Contribuições ao que se sabe?	Quedas anteriores e uso de hipotensores são fatores de risco mais prevalentes entre octogenários.

OBJETIVO

Associar os fatores intrínsecos de riscos de quedas com a ocorrência de queda no ambiente domiciliar em idosos com doenças crônicas.

MÉTODO

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado na Zona Norte do estado do Rio de Janeiro, com idosos com idade igual ou superior a oitenta anos, participantes de um programa de monitoramento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, por meio de visitas domiciliares em uma operadora de saúde suplementar. Este cenário compunha, no total, 120 idosos.

Foram incluídos, no estudo, idosos de idade igual ou superior a oitenta anos, com capacidade auditiva e compreensiva, os quais obtiveram pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) superior a 24 pontos (o questionário varia entre 0 a 30 pontos). Idosos acamados foram excluídos.

Após aplicação dos critérios de elegibilidade foram elencados 37 idosos no referido programa (30% do total de idosos), dos quais um se recusou a participar do estudo, totalizando uma amostra não probabilística de 36 idosos.

A coleta de dados se deu mediante aplicação da Escala de Downton⁽¹⁾ e questionário sóciodemográfico no ambiente domiciliar de cada idoso, no período entre 30 de junho e 31

de julho de 2015. Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados por enfermeira experiente em monitoramento de idosos em domicílio.

A Escala de Downton⁽¹⁾ quantifica o risco de queda segundo cinco itens e seus subitens (Figura 1). O somatório total superior a 2 implica em alto risco de queda.

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica, exportado para pacote estatístico e organizados em planilhas do Microsoft Excel®, e posteriormente tratados por estatística descritiva com uso do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20. Além da análise exploratória que incluiu a média, desvio padrão e gráficos de setor, foram adotados os testes de associação qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fischer. A escolha de um teste em detrimento do outro foi determinada pelo atendimento do pressuposto estatístico de não mais de 20% das frequências esperadas inferiores a 5. Em casos da violação deste pressuposto, processou-se análise por meio de teste exato de Fisher.

Quadro 1. Escala de Downton.

Itens avaliados		Pontuação
Quedas anteriores	Não	0
	Sim	1
Medicamentos	Nenhum	0
	Tranquilizantes / Sedativos	1
	Hipotensores (não diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepressivos	1
Déficits sensoriais	Outros Medicamentos	1
	Nenhum	0
	Alterações Visuais	1
Estado Mental	Alterações Auditivas	1
	Extremidades	1
	Orientado	0
Deambulação	Confuso	1
	Normal	0
	Segura com ajuda	1
	Insegura com ou sem ajuda	1
	Impossível	1

Fonte: Downton, 1993

Para autorização da coleta de dados, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense – UFF, atendendo às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. Cada participante da pesquisa leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Amostra composta por 36 idosos participantes de um programa multidisciplinar de monitoramento de pacientes crônicos do estado do Rio de Janeiro. Este grupo apresentou média de 86,42 anos de idade ($\pm 4,3$), sendo maioria do sexo feminino 72,2% (n=26).

Quanto à atividade econômica, grande parte da amostra é aposentada por idade 47,2% (n=17). Aproximadamente metade (44,4%) tem como nível de escolaridade o nível primário completo. A média obtida no MEEM foi de 27,2 pontos.

Para avaliação dos fatores intrínsecos (relacionados com a própria pessoa) de risco de queda foi aplicada a Escala Downton, cujos itens estão apresentados na tabela 2.

Parcela expressiva da amostra (n=31; 86%) já apresentou ao menos uma queda anterior à aplicação desta escala. Não foi encontrada associação significativa entre queda anteriores e queda durante seis meses de acompanhamento desses pacientes.

Quanto ao uso de medicações, quase a totalidade dos idosos (n=35; 97%) faz uso de algum medicamento. As classes mais utilizadas são tranquilizantes e sedativos (47%) e hipotensores (81%). A análise não apontou associação signi-

ficativa entre a ocorrência de queda e o uso de medicamentos, de uma forma geral, nem entre o uso de medicamentos segundo a sua classe.

Tabela 2. Fatores intrínsecos de risco de queda da escala Downton de idosos participantes de um programa de acompanhamento domiciliar (n=36). Rio de Janeiro, 2015

	Sim	(%)	Não	(%)	p-valor
Quedas Anteriores	31	86	5	14	0,35*
Uso de Medicações	35	97	1	3	1*
Tranquilizantes e sedativos	17	47	19	53	0,29†
Hipotensores	29	81	7	19	0,67†
Antiparkinsonianos	1	3	35	97	1†
Antidepressivos	8	22	28	78	0,7†
Outros medicamentos	3	8	33	92	0,23†
Déficit Sensorial	24	66,7	12	33,3	0,09 †
Alterações visuais	11	30,6	25	69,4	0,15*
Alterações auditivas	17	47,2	19	52,8	1*
Alterações de extremidade	0	0	36	100	-
Mais de um déficit	4	11,1	32	88,9	1*
Estado Mental (Orientado)	36	100	0	0	-
Deambulação normal	27	75	9	25	1 †
Segura com ajuda	9	25	27	75	0,23*
Insegura com ou sem ajuda	0	0	36	100	*
Impossível	0	0	36	100	

* Teste exato de Fisher

† Qui-quadrado de Pearson

A avaliação de déficits sensoriais (visuais, auditivos e de extremidade) pela escala de Downton indicou que: 30,6% (n=11) possuíam alterações visuais, 47% (n=17) apresentavam

alterações auditivas e nenhum idoso apresentou alterações de extremidades. Quatro idosos apresentavam mais de um tipo de déficit sensorial. A presença de algum déficit sensorial não apresentou associação com a ocorrência da queda. Todos os idosos desta amostra eram orientados, fato reforçado pela média do MEEM de aproximadamente 27 pontos.

Quanto à caracterização da deambulação, 75% (n=27) da amostra apresentava deambulação normal. Apenas 9 (25%) pacientes deambulavam de forma segura com ajuda e nenhum idoso era restrito ao leito.

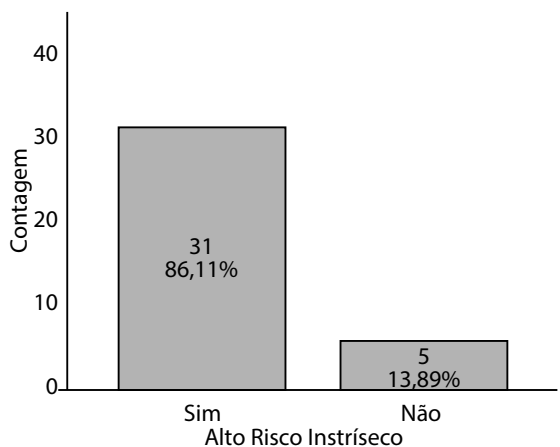


Figura 1. Prevalência de alto risco de queda entre idosos participantes de um programa de acompanhamento domiciliar (n=36). Rio de Janeiro, 2016

De acordo com a interpretação da Escala de Downton, uma pontuação maior ou igual a 3 indica alto risco para queda. A **figura 1** indica que 86,1% da amostra apresentava alto risco intrínseco para queda.

DISCUSSÃO

As quedas são um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 24.000 quedas fatais ocorrem a cada ano, o que lhe caracteriza como a segunda princi-

pal causa de morte por lesão não intencional, ficando atrás apenas das lesões causadas por acidentes de trânsito. Entre os idosos (acima de 65 anos), as quedas se configuram como a causa predominante de lesões. Em todo o mundo, as maiores taxas de mortalidade por esta causa se relacionam às pessoas com idade superior a 60 anos⁽²⁾.

No Brasil, dentre os mais de 23 mil óbitos de idosos relacionados a causas externas, as quedas ocuparam, em 2010, o primeiro lugar. Em 2011, este evento foi responsável por mais de 84 mil casos de internações nesta mesma população⁽³⁾.

As análises das circunstâncias em que as quedas ocorrem e, conseqüentemente, a identificação dos fatores de risco envolvidos levaram ao desenvolvimento de instrumentos para avaliar o risco de quedas, incluindo a Escala de Downton para avaliação de fatores intrínsecos⁽⁴⁾. Os fatores intrínsecos são aqueles decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e efeitos causados por uso de fármacos. Na presente população, 86% dos octogenários apresentaram alto risco intrínseco de queda.

Os fatores de risco com maior prevalência foram: história de quedas anteriores (86%) e uso de medicações (97%), especialmente hipotensores (81%).

Nesta amostra, observou-se que 86% dos idosos apresentaram quedas anteriores à participação no estudo. A literatura sugere que, após a queda, o idoso torna-se menos confiante em realizar suas atividades cotidianas, seja por medo de novas eventos de quedas ou devido a fatores físicos ou psicossociais. Pode ocorrer, ainda, um comprometimento progressivo da capacidade funcional desse idoso ao longo do tempo, o que pode torná-lo mais propenso a quedas recorrentes⁽⁵⁾.

O comprometimento funcional do idoso pode-se relacionar com o equilíbrio, o qual é

resultado da interação harmônica de diversos sistemas do corpo humano: vestibular, visual, somatossensorial e musculoesquelético. Cada sistema possui componentes que, com o processo de envelhecimento, podem sofrer perdas funcionais que dificultam o funcionamento e a execução da resposta motora responsável pela manutenção do controle da postura e do equilíbrio corporal, o que, por sua vez, pode gerar prejuízos funcionais para o idoso em decorrência de quedas e aumentar os níveis de morbidade e mortalidade nessa população, como consequência de uma fratura⁽⁶⁾.

Efeitos adversos de medicamentos, assim como a hipertensão, têm sido reportados em artigos como fatores intrínsecos importantes na ocorrência de queda em idosos⁽⁵⁾. Nesta amostra, quase a totalidade dos octogenários faziam uso de alguma medicação, sendo que 81% utilizavam hipotensores. É importante que os profissionais de saúde saibam os efeitos farmacológicos desejáveis e indesejáveis que podem surgir em razão do uso excessivo ou abusivo de medicamentos entre os prazos e horários prescritos⁽⁷⁾.

Outros fatores intrínsecos relevantes apresentados na literatura, mas não analisados nesta pesquisa, são alterações nos pés, equilíbrio prejudicado e déficit proprioceptivo⁽⁸⁾. Vale ressaltar, ainda, que as quedas podem gerar graves consequências físicas e psicológicas, como, por exemplo, lesões, hospitalizações, perda da mobilidade, restrição da atividade, diminuição da capacidade funcional, colocação em asilos, e medo de cair novamente.

Como limitação, esta pesquisa apresentou amostra pequena, o que, possivelmente contribuiu para a não associação estatística dos fatores analisados com a ocorrência de queda durante os seis meses de monitoramento.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou importante prevalência do alto risco intrínseco de queda entre idosos octogenários. Dentre os fatores mais prevalentes destacaram-se as quedas anteriores e uso de medicamentos, especialmente hipotensores.

IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

Os dados deste estudo evidenciaram que a população idosa estudada está exposta a elevado risco de quedas. Com vistas a redução de quedas entre octogenários, sugere-se a discussão de questões relacionadas ao envelhecimento e segurança da pessoa idosa, objetivando enfatizar orientações sobre o uso de medicações.

REFERÊNCIAS

1. Downton JH. Falls in the Elderly. London, UK: Edward Arnold; 1993:64-80,128-130.
2. World Health Organization (WHO). Falls: Fact sheet. 2016 [Homepage on Internet]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf
4. Aranda-Gallardo M, Enriquez de Luna-Rodriguez M, Canca-Sanchez JC, Moya-Suarez AB, Morales-Asencio JM. Validation of the STRATIFY falls risk-assessment tool for acute-care hospital patients and nursing home residents: study protocol. *J Adv Nurs*.2015.Aug;71(8):1948-57.

5. Freitas TS, Cândido ASC, Fagundes IB. Fall in the elderly: extrinsic and intrinsic causes and consequences. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2014 Jun;3(1):70-79. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/292>
6. Almeida, ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende TL. Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 5];58(4):427-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400012&lng=en&nrm=iso&tng=en
7. Terassi M, Rissardo LK, Peixoto JS, Salci MA, Carreira L. Prevalence Of Drug Use In Institutionalized Elderly People: A Descriptive Study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2012 Apr [Cited 2015 Sept 15];11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3516/html> doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120004>
8. Almeida, ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende TL. Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 5];58(4):427-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400012&lng=en&nrm=iso&tng=en

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 15/09/2015
Revisado: 04/07/2017
Aprovado: 10/07/2017