



RISCO MULTIDIMENSIONAL DE QUEDA EM IDOSOS

Multidimensional risk of falls in elderly

Riesgo multidimensional de caída en mayores

Teresa Oliveira

Centro de Saúde Agualva Cacém - Agualva - Portugal

Cristina Lavareda Baixinho

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL - Lisboa - Portugal

Maria Adriana Henriques

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL - Lisboa - Portugal

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores de risco de queda presente numa amostra de idosos residentes na comunidade. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, transversal e exploratório, com amostra de 31 idosos de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal, entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017. Aplicaram-se escalas e instrumentos de avaliação funcional para mensurar fatores de risco. Utilizou-se estatística descritiva. **Resultados:** A maioria da amostra tem idade igual ou superior a 75 anos (67,7%, n=21) e apresenta mais de um fator de risco de queda em cada dimensão. Salientam-se diminuição da velocidade da marcha, com 58,1% (n=18) dos idosos a demorar mais de 12,6 segundos para realizar o *Timed Up and Go Test*; 54,8% (n=17) é dependente em grau moderado ou severo; 48,3% (n=15) sem ou com pouca confiança na realização das atividades; 38,7% (n=12) consome benzodiazepinas e média de 4,6 medicamentos diários. Na avaliação ambiental do domicílio, os investigadores observam iluminação adequada apenas nas cozinhas. Na totalidade, tem pelo menos um tapete em casa; 38,7% (n=12) tem animal doméstico no interior da habitação e 61,3% (n=19) possui, pelo menos, uma peça de mobília instável. Os comportamentos de segurança são baixos: 98,6% (n=30) nunca foi alertado para os riscos de queda, 61,3% (n=19) refere não ser perseverante na escolha das medidas preventivas. **Conclusão:** Os fatores de risco de queda são multidimensionais. Salientam-se diminuição da velocidade de marcha, pouca confiança na realização das atividades, polimedicação e não adoção de comportamentos de segurança pelos idosos.

Descritores: Idoso; Acidentes por Quedas; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: To identify the multidimensional risk factors for falls, present in a sample of elderly residents in the community. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional and exploratory study with a sample of 31 elderly people from a Community Care Unit in Lisbon and Tagus Valley Region, Portugal, between October 2016 and February 2017. Scales and instruments of functional evaluation were used in order to assess the risk factors. Descriptive statistics were used. **Results:** The majority of the sample is 75 years of age or older (67.7%, n=21) and presents more than one fall risk factor in each dimension. It is worth mentioning the walking speed decline, with 58.1% (n=16) of the elderly taking more than 12.6 seconds to perform the *Timed Up and Go Test*; 54.8% (n=17) being moderately or severely dependent; 48.3% (n=15) without or with little confidence in carrying out the activities; 38.7% (n=12) consumed benzodiazepines and an average of 4.6 medications per day. In the environmental evaluation of the home, researchers note that lighting is only adequate in kitchens. The totality of the elderly has at least one carpet at home; 38.7% (n=12) have one domestic animal inside the house and 61.3% (n=19) have at least one piece of unstable furniture. The safety behaviors are low: 98.6% (n=30) have never been alerted to the risks of falling, 61.3% (n=19) refer not to persevere in choosing the preventive measures. **Conclusion:** The risk factors for falls identified in the sample are multidimensional. Decreased gait velocity, poor confidence in performing the activities, polypharmacy and non-adoption of safety behaviors by the elderly stand out.

Descriptors: Elderly; Accidental Falls; Risk Factors; Community.



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo de caída en una muestra de mayores residentes de la comunidad. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal y exploratorio con una muestra de 31 mayores de una Unidad de Cuidados en la Comunidad, de la región de Lisboa y del Valle del Tejo, Portugal, entre octubre de 2016 y febrero de 2017. Se aplicaron escalas e instrumentos de evaluación funcional para mensurar los factores de riesgo. Se utilizó la estadística descriptiva. **Resultados:** La mayoría de la muestra tiene 75 años o más de edad (67,7%, n=21) y presenta más de un factor de riesgo de caída en cada dimensión. Se destaca la disminución de la velocidad de la marcha con el 58,1% (n=18) de los mayores tardando más de 12,6 segundos para realizar el Timed Up and Go Test; el 54,8% (n=17) es dependiente en grado moderado o severo; el 48,3% (n=15) tiene poca confianza para la realización de las actividades o no la tiene; el 38,7% (n=12) consume benzodiazepinas y una media de 4,6 medicamentos a diario. En la evaluación del ambiente del domicilio, los investigadores observan que la iluminación es adecuada solamente en las cocinas. En general tiene por lo menos una alfombra en la casa; el 38,7% (n=12) tiene animal doméstico en el interior de la habitación y el 61,3% (n=19) tiene, por lo menos, una pieza inestable del mobiliario. Las conductas de seguridad son pocas: el 98,6% (n=30) nunca ha sido orientado para los riesgos de caída y el 61,3% (n=19) refiere no ser perseverante para la elección de las medidas de prevención. **Conclusión:** Los factores de riesgo de caída identificados en la muestra son multidimensionales. Se destacan la disminución de la velocidad de la marcha, la poca confianza para la realización de las actividades, la polimedicación y la no adopción de conductas de seguridad de parte de los mayores.

Descriptor: Anciano; Accidentes por Caídas; Factores de Riesgo.

INTRODUÇÃO

As quedas são reconhecidas como uma “*growth area*” na área da saúde da população idosa. A avaliação do risco e a sua prevenção necessita de uma intervenção baseada em evidência e com impacto mensurável, porque, sem esta, o número de quedas e o custo associado irão aumentar⁽¹⁾.

A prevalência de quedas na comunidade é elevada⁽²⁾, com cerca de 1/3 dos idosos a cair na comunidade⁽³⁾. A queda em casa que resulta em lesão tem consequências para além da lesão física, pois gera incapacidade funcional, contribui para o aumento da dependência do idoso, e identifica-se como uma das principais causas de institucionalização⁽⁴⁾.

O primeiro passo para a prevenção é a avaliação do risco e, no caso de ocorrer queda, é essencial a determinação do mecanismo de queda⁽⁵⁾, até porque a etiologia multifatorial da queda pode traduzir a existência de um problema de saúde que ainda não foi identificado⁽⁶⁾. Esta pode ser vista como uma consequência de algumas patologias, doenças crónicas, efeitos do envelhecimento em vários sistemas, nomeadamente no músculo-esquelético, neurológico e sensorial⁽⁷⁾, mas mais do que um evento em si, é um fenómeno que assume uma complexidade tal subjacente à prevenção de problemas de saúde nos idosos, ao ambiente, ao comportamento e às condições socioeconómicas que a tornam uma síndrome geriátrica⁽⁸⁾.

A queda é um fenómeno complexo para o qual concorrem vários fatores, que interagem de forma dinâmica, os quais devem ser apreciados com particular atenção quando da avaliação do risco de queda⁽⁹⁾. As revisões sistemáticas de literatura referem como fatores de risco na comunidade: idade avançada; género feminino; história de queda anterior; declínio cognitivo; polimedicação; presença de medicação sedativa, hipnótica, neurolépticos, antipsicóticos, antidepressivos, benzodiazepinas, anti-inflamatórios não esteroides, anti-hipertensivos; arritmia, tontura e palpitações; défice visual; doença de *Parkinson* e artrite dos joelhos; comprometimento sensorial e comorbilidades que interfiram com a marcha e/ou o equilíbrio; dificuldades na realização de atividades de vida diária (AVD); utilização de auxiliares de marcha; alterações da marcha ou equilíbrio; fatores ambientais intra e extradomicílio; presença de sintomas depressivos/depressão e condições socioeconómicas comprometidas⁽¹⁰⁻¹³⁾; alterações nos pés e utilização de calçado inadequado; incontinência; medo de cair e obstáculos ambientais^(12,13); e ainda a vividez e redução da rede social, salientando-se que, quanto maior o número de fatores presentes, maior o risco de queda e consequente lesão^(6,14).

Apesar da multiplicidade de fatores de risco, os diferentes estudos avaliam essencialmente os fatores de risco bio fisiológico.

Face ao exposto, este estudo teve por objetivo identificar os fatores de risco de queda presentes numa amostra de idosos residentes na comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e quantitativo, realizado entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, com uma amostra de conveniência constituída por 31 idosos de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde, da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal, que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 65 anos; inscritos na visita domiciliária de uma unidade de cuidados de saúde primários; sem declínio cognitivo, que permitiram a presença do investigador no seu domicílio.

Excluíram-se os idosos com dependência total na mobilidade (incapazes de efetuar marcha) e os que se deslocam em cadeira de rodas.

O acesso aos participantes ocorreu em duas fases: 1) consulta aos processos individuais; 2) visita domiciliária.

O instrumento de coleta de dados foi construído com base no modelo de fatores de risco da Organização Mundial de Saúde (OMS), que determina uma avaliação multidimensional da pessoa e a relação complexa entre todas as dimensões. Assim, optou-se por avaliar:

a) Descrição sociodemográfica: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, agregado familiar, motivo da visita ao domicílio; história de quedas – episódios de quedas no último ano, número de episódios, causas da queda, consequências, sintomatologia associada; listagem das patologias associadas segundo CID - 10⁽¹⁵⁾; lista da medicação atual de acordo com o sistema *Anatomical therapeutic chemical* (ATC) e a recomendada pelo Infarmed⁽¹⁶⁾.

b) Avaliação da habitação: consideraram-se as seguintes dimensões – iluminação, tapetes e outros adereços que dificultem a marcha; presença de corrimões e barras de apoio. Na impossibilidade de aceder a outros instrumentos, foi utilizada um registo de observação de segurança do ambiente físico e barreiras arquitetónicas no domicílio adaptado da literatura⁽¹⁷⁾.

c) Avaliação do estado cognitivo avaliado pelo *Mini-Mental State Examination* (MMSE), versão portuguesa, avaliando as funções cognitivas globalmente e relacionando o seu resultado com a literacia da pessoa avaliada⁽¹⁸⁾.

d) Grau de dependência avaliado pela escala modificada de *Barthel*, versão portuguesa⁽¹⁹⁾.

e) Medo de cair avaliado pela *Falls Efficacy Scale* (FES), versão portuguesa⁽²⁰⁾.

f) Velocidade e qualidade de marcha através do Teste *Get Up and Go* (TUGT), as pessoas que realizam o TUGT \geq 12,6 segundos devem ser consideradas com alto risco de queda⁽²¹⁾.

g) Práticas e comportamentos dos idosos na prevenção de quedas determinadas pela Escala de avaliação das práticas e comportamentos do idoso na prevenção de queda. A escala avalia as práticas e comportamentos dos idosos para prevenir as quedas em duas áreas: comunicação e segurança⁽²²⁾.

Realizou-se a coleta de dados no domicílio do idoso, durante uma entrevista face a face, tendo sido colhidos por observação participante e por aplicação dos instrumentos aos idosos e/ou seus familiares.

Os participantes do estudo foram previamente informados sobre a metodologia utilizada, os objetivos e finalidade do mesmo, sendo-lhes garantido o anonimato e o compromisso de respeitar o que estava previamente acordado, tendo sido a duração média de cada avaliação de 90 minutos. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração de Saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo (Proc. 090/CES/INV/2016).

O tratamento estatístico dos dados ocorreu com o recurso *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23.0, tendo-se recorrido a técnicas de estatística descritiva, uma vez que possibilita destacar um conjunto de dados de uma amostra facilitando a sua compreensão.

RESULTADOS

Dos 31 idosos, 35,4% (n=11) tem idade igual ou superior a 85 anos; 58,1% (n=18) são mulheres; 64,5% (n=20) são casados; 58,1% (n=18) vivem com o cônjuge e têm baixa escolaridade, com 93,6% (n=29) a ter somente o 1º ciclo (Tabela I).

Tabela I - Caracterização sociodemográfica da amostra. Lisboa, Portugal, 2017.

Caracterização	n	%
Idade		
[65 - 74]	10	32,3
[75 - 84]	10	32,3
\geq 85	11	35,4
Sexo		
Masculino	13	41,9
Feminino	18	58,1
Estado Civil		
Casado	20	64,5
Solteiro	0	0,0
Viúvo	9	29,0
União de facto	2	6,5
Agregado familiar		
Cônjuge	18	58,1
Sozinho	3	9,7
Família alargada	10	32,3

Escolaridade		
Analfabeto	2	6,4
1º ciclo	29	93,6
Total	31	100

A avaliação do grau de dependência (Tabela II), revela que 96,7% (n=30) são dependentes de qualquer tipo de ajuda para a satisfação das suas AVD.

A análise da Tabela II permite concluir que a patologia com maior representatividade é a do foro cardiovascular com 22,6% (n=7), e tem expressividade quando associada à patologia Osteoarticular, representando 29,1% (n=9).

A maioria dos idosos consome mais do que um grupo de medicamentos, verificando-se que as benzodiazepinas são consumidas por 38,7% (n=12) da amostra. A média de consumo diário de medicamentos na amostra é de 4,6 medicamentos/pessoa (Tabela II).

A avaliação da qualidade de marcha foi efetuada pela realização do TUGT, 58,1 % (n=18) dos idosos demorou mais do que 12,6 segundos para levantar, percorrer uma distância de 3 metros, voltar e sentar.

A análise da Tabela III, em relação à aplicação da FES, mostra que 41,9% (n=13) dos idosos apresentou pouca confiança e 6,4% (n=2) nenhuma confiança, o que aponta para quando a dificuldade percebida da realização da tarefa está diretamente relacionada com o sentimento de risco de queda.

Tabela II - Distribuição da amostra de acordo dos fatores de risco biofisiológicos. Lisboa, Portugal, 2017.

Fatores de risco biofisiológicos	n	%
Grau de dependência		
Dependência total (≤ 25)	0	0,0
Dependência severa (50 a 26)	4	12,9
Dependência moderada (75 a 51)	13	41,9
Dependência leve (99 a 76)	13	41,9
Totalmente independente (100)	1	3,3
Total	31	100,0
Patologia associada		
Cardiovascular	7	22,6
Metabólicas	1	3,2
Osteoarticular	1	3,2
Cardiovascular e Metabólica	5	16,1
Cardiovascular e Osteoarticular	9	29,1
Cardiovascular, Metabólicas e Osteoarticular	5	16,1
Outras	3	9,7
Medicação		
Anti-hipertensivos	4	12,9
Antidiabéticos orais	1	3,2
Psicofármacos	3	9,7
Analgésicos e Anti-inflamatórios	3	9,7
Benzodiazepinas	12	38,7
Outros	2	6,5
TUGT		
Até 12,6 segundos	13	41,9
12,6 ou mais segundos	18	58,1

TUGT: Teste *Get Up and Go*

Tabela III - Distribuição da amostra quanto ao medo de cair. Lisboa; Portugal, 2017.

Grau de confiança*	n	%
10	2	6,4
[11-49]	13	41,9
[50-89]	10	32,3
[90-100]	6	19,4
Total	31	100,0

**Falls Efficacy Scale*.

A análise da Tabela IV permite observar que existem vários obstáculos no domicílio dos idosos que podem contribuir para a ocorrência de queda, tais como: a presença de escadas de acesso à habitação e de pavimento irregular no exterior da totalidade das casas (100%; n=31), a presença de animais no interior da habitação em 38,7% (n=12), pavimento irregular no interior em 19,4% (n=6) e 12,9% (n=4) com escadas no interior.

É importante salientar que todos os idosos possuem pelo menos um tapete em casa, dos quais apenas 30,0% (n=6) os tem fixo no quarto e cozinha, 25,0% (n=4) na casa de banho e 11,1% (n=2) no *hall*/sala e corredor.

Na avaliação do risco ambiental, verificou-se que, apesar de todas as divisões terem iluminação, só a cozinha é que a tem adequada, apresentando as outras divisões iluminação com algum défice na adequação da luz para as necessidades desse grupo etário.

A presença de mobília instável (61,3%; n=19) e de fios elétricos e telefones espalhados no chão (48,4%; n=15) mereceram atenção. Há vários obstáculos presentes no domicílio que dificultam a mobilidade do idoso “dentro de portas”, pois 100,0% (n=31) das portas têm dimensões inferiores a 90cm, o que dificulta a acessibilidade em caso de necessidade de utilização de cadeira de rodas ou andarilho; assim como 67,7% (n=21) tem a largura de corredores inferior a 90cm e 61,3% (n=19) dos idosos têm mobiliário nas zonas de passagem.

Observou-se que 64,5% (n=20) da amostra utiliza a banheira para os cuidados de higiene e somente 10,0% (n=2) das situações é que tem barra de apoio lateral. Em relação ao poliban (local destinado ao chuveiro), 45,5% (n=5) das situações apresenta este produto de apoio.

No que concerne à aplicação da escala de práticas e comportamentos do idoso na prevenção de quedas, constatou-se 96,8% (n=30) dos idosos referiram nunca terem sido alertados pelos médicos para o risco de queda; 71,0% (n=22) afirmaram que os enfermeiros às vezes os alertam para o risco de cair, assim como 67,7% (n=21) são alertados “às vezes” para esse risco pelos seus familiares; 61,3% (n=19) assumiram nunca terem ouvido ou falado com outros idosos sobre os fatores de risco de queda.

Por vezes (97,7%, n=21), o idoso comunica aos familiares, ou aos enfermeiros, os fatores de risco identificados (Tabela V).

De salientar que a prevalência de quedas, nesta amostra, é de 64,5% (n=20), sendo o grupo etário 75-84 o mais representado em 40,0% (n=8), dos quais 70,0% (n=14) são mulheres e, nos últimos três meses, 70,0% (n=14) caíram mais do que uma vez. Dos que sofreram queda, 60,0% (n=12) caíram no domicílio, tendo a mesma percentagem recebido intervenção médica, dos quais 9,3% (n=2) ficaram internados com lesão grave, necessitando de intervenção cirúrgica.

Tabela IV - Distribuição da amostra quanto aos fatores de risco ambientais para a queda. Lisboa, Portugal, 2017.

Presença de obstáculos		n	%
Animais	Exterior da habitação	2	6,5
	Interior da habitação	12	38,7
Escadas	Acesso da rua à habitação	31	100
	Interior da habitação	4	12,9
Pavimentos irregulares	Exterior da habitação	31	100
	Interior da habitação	6	19,4
Tapetes	Hall/Sala	18	58,1
	Fixo	2	11,1
	Corredor	15	48,4
	Fixo	2	11,1
	Quarto/junto à cama	22	71,0
	Fixo	6	30,0
	Cozinha	20	64,5
Iluminação adequada	Fixo	6	30,0
	Casa de banho	16	51,6
	Fixo	4	25,0
	Hall de entrada/Sala	26	83,9
Iluminação adequada	Corredor	24	77,4
	Quarto	27	87,1
	Cozinha	31	100

Ambiente domésticos	Fios elétricos/telefone no chão	15	48,4
	Gavetas abertas	4	12,9
	Mobília Instável	19	61,3
	Soleira das portas niveladas com o chão	22	71,0
Mobiliário	Articulação coxofemoral e do joelho-ângulo 90°-sentado na cadeira	24	77,4
	Articulação coxofemoral e do joelho-ângulo 90°-sentado na cama	23	74,2
	Circulação com 1 metro em redor da cama	9	29,0
	Permite acesso e circulação em cadeira de rodas/andarilho	9	29,0
	Presença de mobiliário nas zonas de passagem	19	61,3
	Pavimentos/ladrilhos com desenhos confusos	7	22,6
	Largura das portas < 90 cm	31	100
	Largura dos corredores <90 cm	21	67,7
Casa de Banho	Presença de banheira	20	64,5
	Barras de apoio na banheira	2	10,0
	Presença de poliban	11	35,5
	Barras de apoio no poliban	5	45,5
	Altura média do debrum do duche - cm		13,5

Obs.: “debrum do duche”: tapete de banheiro. Poliban: local destinado ao chuveiro. cm: centímetros

Tabela V - Distribuição da amostra de acordo com as práticas e comportamentos do idoso na prevenção de quedas. Lisboa, Portugal, 2017.

Práticas e comportamentos dos idosos	Sempre	Às vezes	Nunca
	%	%	%
Dimensão: Comunicação			
Oiço e falo com outros idosos sobre os fatores de risco de queda	-	38,7	61,3
Os médicos alertam-me para o risco de cair	-	3,2	96,8
Os enfermeiros alertam-me para o risco de cair	3,2	71,0	25,8
Os familiares alertam-me para o risco de cair	3,2	67,7	29,1
Comunico aos meus familiares os fatores de risco de queda	6,5	67,7	25,8
Comunico aos enfermeiros os fatores de risco identificados	3,2	71,0	25,8
Dimensão: Práticas e comportamentos de segurança			
Seleciono os sapatos adequados para o meu pé	9,7	9,7	80,6
Opto por colocar sapatos com sola antiderrapante	3,2	19,4	77,4
Quando me levanto da cama primeiro sento-me com os pés apoiados no chão só depois coloco-me em pé	90,3	6,5	3,2
Certifico-me que os pés estão bem apoiados no chão antes de me colocar em pé	58,0	35,5	6,5
Verifico se o piso da casa de banho não está escorregadio/molhado antes de a utilizar	-	29,0	71,0
Antes dos cuidados de higiene asseguro-me que o pavimento não está escorregadio	3,2	35,5	61,3
Procuro ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas de quedas-	-	38,7	61,3
Organizo o espaço do meu quarto de modo a facilitar a deslocação no mesmo	6,5	16,1	77,4
Removo obstáculos que dificultem a marcha no quarto	-	35,5	64,5
Removo obstáculos que dificultem a marcha no corredor	-	32,3	67,7

DISCUSSÃO

A prevalência de quedas na amostra mostrou-se elevada. Face aos múltiplos resultados apresentados, salientam-se os principais fatores de risco biofisiológicos de queda na população idosa estudada, e que vão de encontro aos resultados de outros estudos: o ter mais de 85 anos^(10,11), o género feminino^(4,10,11,23), o baixo nível de escolaridade, a presença de várias comorbilidades⁽¹³⁾ e de polimedicação^(6,10,11), com 38,7% a consumir benzodiazepinas.

A maioria dos idosos demora mais dos 12,6 segundos a realizar o TUGT, o que configura alto risco de queda^(21,23). Esse teste de avaliação funcional tem sido recomendado por vários organismos e investigadores por ser um bom preditor do risco de queda a curto prazo em idosos na comunidade^(21,24). Associado a essas dificuldades na marcha, surgem dificuldades na realização das

AVD's, já que a marcha é o autocuidado que mais influencia o desempenho das AVD's⁽²⁵⁾. A dificuldade do idoso na realização individual das AVD's compromete a independência deste, reduz a sua qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, assim como um contributo para que ocorra queda⁽¹⁰⁾.

Dos idosos da amostra que têm história de queda nos últimos 12 meses, a metade consome regularmente benzodiazepinas, o que é determinante para a ocorrência de queda, uma vez que esse consumo aumenta 2 a 4 vezes o risco, em virtude de atuar no sistema nervoso central e afetar o equilíbrio, a sensibilidade tátil, a força muscular dos membros inferiores e o tempo de reação^(4,11). A maioria da amostra do estudo consome 4 ou mais fármacos, o que é preocupante, dado que não só o risco de queda aumenta, mas também o estado funcional agrava com o número de medicamentos consumidos^(4,11).

A avaliação do “medo de cair” em idosos através da versão portuguesa da FES⁽²⁶⁾ permitiu constatar o grau de confiança que estes apresentaram na realização das AVD's, em que quase a metade da amostra apresenta pouca confiança ou nenhuma confiança. A dificuldade percebida da realização da tarefa está diretamente relacionada com o sentimento de risco, podendo o medo de cair representar uma resposta emocional a uma ameaça, assim como pode assumir um caráter protetor quando o idoso decide proteger-se em relação ao risco⁽²⁶⁻²⁹⁾. Contudo, esse potencial risco de queda torna-se real quando conduz a limitações e insegurança⁽²⁹⁾.

No discurso dos idosos e famílias transparece que após a queda o medo condiciona a realização das AVD's. A “ptofobia” leva o idoso à evicção no andar e a própria família aconselha-o a não se movimentar muito. O comportamento sedentário poderá promover a dependência pós-queda e os profissionais precisam atempadamente introduzir intervenções para o controlo do medo, da dependência e do declínio da funcionalidade^(27,28).

No que concerne à avaliação do risco ambiental, os resultados explanados confirmam a evidência, é dito que a prevalência de obstáculos no domicílio de idosos é elevada⁽¹⁴⁾, sendo na ordem de 80% pelo menos um obstáculo identificado e 39%, cinco ou mais obstáculos. A existência de obstáculos associados a outros fatores de risco são fortes determinantes de queda nesta população^(10,11,14).

Em termos de risco ambiental, salienta-se que todos os itens apresentam valores elevados, destacando-se a presença de tapetes e ausência de fixação dos mesmos, assim como a presença de mobiliário instável. As intervenções dos enfermeiros no controlo do risco ambiental devem contribuir para a correção de alguns obstáculos no domicílio e podem ser um contributo para a redução de quedas⁽¹²⁾.

A avaliação das práticas e comportamentos dos idosos para a prevenção de quedas demonstra que são pobres, o que permite concluir que não existe uma cultura de segurança da parte dos idosos em relação à prevenção de quedas, deixando aqui uma janela de oportunidade para os enfermeiros na área da educação para a saúde.

A inclusão da avaliação comportamental perante o evento queda pode contribuir para o reforço da literacia em saúde do idoso, empoderamento destes para a promoção da saúde e do bem-estar, assim como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem⁽²²⁾.

Os resultados da dimensão comunicação reforçam a ideia que os idosos avaliados não falam entre si nem com a família e profissionais sobre os fatores de risco de queda e medidas preventivas. Em termos de risco comportamental, observa-se que não existe uma cultura de segurança de prevenção de queda, assim como que existem barreiras na comunicação, quer com os profissionais, quer entre os profissionais e o idoso.

A subvalorização da ocorrência de queda perante os profissionais de saúde e familiares, nomeadamente filhos, indica o medo de assumir a sua própria vulnerabilidade e potenciar uma possível institucionalização, dado que este acidente é uma das principais razões dada pelos familiares para a procura de uma instituição, a sua repetição e as consequências secundárias a um evento podem levar à institucionalização⁽³⁰⁾.

A queda no idoso contribui diretamente para o declínio funcional, aumento da dependência e aumento das complicações associadas à síndrome de imobilidade, o que torna necessário identificar outros fatores de risco para além dos biofisiológicos, nomeadamente a identificação de fatores de risco comportamentais, para se poder perceber com maior clareza a natureza multifatorial das quedas e implementar ações no âmbito da promoção da saúde visando a mudança de comportamentos, quer dos idosos, quer dos profissionais, capacitando-os e responsabilizando-o pela sua saúde, com o objetivo maior de que o idoso seja ativo e autónomo por mais tempo⁽²²⁾.

As limitações do estudo prendem-se a natureza exploratória deste e com o tamanho e tipo de amostra o que dificulta a extrapolação dos dados para outros contextos. A colheita de dados pela entrevista face a face pode ter influenciado a resposta dos idosos numa tentativa de dar a resposta socialmente desejável, todavia os resultados são importantes para compreender a natureza complexa e multifatorial dos fatores de risco de queda na população idosa.

Os resultados deste estudo justificam a pertinência do debate sobre os fatores de risco que os enfermeiros devem avaliar na visita domiciliária ao idoso, já que a maioria das escalas utilizadas para avaliar o risco só avaliam o risco biofisiológico, descurando a interação do idoso no seu ambiente natural. A determinação dos comportamentos (in)seguros abre um leque de possibilidades de intervenção aos enfermeiros de cuidados de saúde primários para controlo do risco ambiental e comportamental, bem como para acompanhar as transições de saúde-doença.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar os fatores de risco de queda presentes numa amostra de idosos residentes na comunidade.

Nos fatores de risco de etiologia biofisiológica, destacam-se: a idade; a diminuição da velocidade de marcha; o grau de dependência moderado ou severo; a pouca confiança na realização das atividades; o consumo de benzodiazepinas e a polimedicação. Na avaliação ambiental ao domicílio, os investigadores observam que a iluminação só é adequada nas cozinhas, a totalidade dos idosos tem pelo menos um tapete em casa, a maioria tem a presença de um animal doméstico no interior da habitação e possuem, pelo menos, uma peça de mobília instável. Os comportamentos de segurança são baixos, uma elevada percentagem nunca foi alertada para os riscos de queda, nem pela família, nem pelos profissionais de saúde, e refere não ser perseverante na escolha das melhores medidas preventivas.

REFERÊNCIAS

1. Houry D, Florence C, Baldwin G, Stevens J, McClure R. The CDC Injury Center's response to the growing public health problem of falls among older adults. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Abr 28];10(1):74-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26688674>
2. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura, LFR. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev Latinoam Enferm* [Internet] 2017 [acesso em 2017 Maio 28];25:e2754. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>
3. Mitchell SE, Aitken SA, Court-Brown CM. The epidemiology of fractures caused by falls down stairs. *ISRN Epidemiol* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Abr 20]. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/370340/>
4. Baixinho CL, Dixe MA. Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 Abr 28];17(4):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>
5. Hartholt KA, Polinder S, Van der Cammen TJM, Panneman MJM, Van der Velde N, Van Lieshout EMM, et al. Costs of falls in an ageing population: a nationwide study from the Netherlands (2007-2009). *Injury* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Maio 28];43(7):1199-203. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22541759>
6. Martin F. Falls risk factors: assessment and management to prevent falls and fractures. *Can J Aging* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Maio 15];30(1):33-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24650637>
7. Speechley M. Unintentional falls in older adults: a methodological historical review. *Can J Aging* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Abr 30];30(1):21-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21356155>
8. Kalula SZ, Scott V, Dowd A, Brodrick K. Falls and fall prevention programmes in developing countries: Environmental scan for the adaptation of the Canadian Falls prevention curriculum for developing countries. *J Safety Res* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Maio 28];42(6):461-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152264>
9. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of falls in community-dwelling older adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 Maio 28];157(3):197-204. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868837>
10. Kwan E, Straus SE. Assessment and management of falls in older people. *CMAJ* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 Jun 21];186(16):610-21. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/content/186/16/E610.full>
11. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Caldevilla MNGN, Henriques CMAD, Severino SSP, Caldeira SMA. Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Jun 8];37(4):e55030. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160455030.pdf
12. Pynoos J, Steinman BA, Nguyen AQ. Environmental assessment and modification as fall-prevention strategies for older adults. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2010 [acesso em 2017 Maio 27];26(4):633-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934614>
13. Ungar A, Rafanelli M, Iacomeli I, Brunetti MA, Ceccofiglio A, Tesi F, et al. Fall prevention in the elderly. *Clin Cases Miner Bone Metab* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Jun 8];10(2):91-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797008/>
14. Gale CR, Cooper C, Sayer AA. Prevalence and risk factors for falls in older men and women: the English longitudinal study of ageing. *Age Ageing* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Mai 17];45(6):789-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27496938>

15. World Health Organization. ICD – 10 Version: 2016 [acesso em 2017 Jan 08]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
16. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - Infarmed I. P. Vademecum. [acesso em 2017 Jan 8]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/web/infarmed/institucional/documentacao_e_informacao/publicacoes/tematicos/vademecum
17. Akyol AD. Falls in the elderly: what can be done? *Int Nurs Rev* [Internet]. 2007 [acesso em 2017 Jun 26];54(2):191-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17492994>
18. Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Rev Port Neurologia* [Internet]. 1994 [acesso em 2017 Jun 26];1-9. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=97d4329c-9dba-49fe-9df1-db1215f3d4c5>
19. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso em 2017 Jan 27];25(2):59-66. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi-sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>
20. Melo CA. Adaptação cultural e validação da escala “falls efficacy scale” de Tinetti. *Ifisionline* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Jan 28];1(2):33-43 Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8721/1/artigo3_vol1_n2.pdf
21. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2001 [acesso em 2017 Maio 28];49(5):664-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49115.x>
22. Baixinho CL, Dixe MA. Construction and validation of the scale of practices and behaviors of institutionalized elderly to prevent fall. *UJPH*. 2016 [acesso em 2017 Jan 07]; 4(3):139-43. Disponível em: http://www.hrpub.org/journals/article_info.php?aid=3729
23. Abdala RP, Barbieri W Junior, Bueno CR Junior, Gomes MM. Gait pattern, prevalence of falls and fear of falling in active and sedentary elderly women. *Rev Bras Med Esport* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 Mar 23];23(1):26-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1517-869220172301155494>
24. Hunter KF, Voaklander D, Hsu ZY, Moore KN. Lower urinary tract symptoms and falls risk among older women receiving home support: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2013 [acesso em 2017 Mai 28]; 13:46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23672343>
25. Baixinho CL. Funcionalidade após fractura do colo do fémur. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 Mai 28];2(3):311-9. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5480/4908>
26. Marques-Vieira CMA, Sousa LMM, Severino S, Sousa L, Caldeira S. Cross-cultural validation of the falls efficacy scale international in elderly: systematic literature review. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 Mar 22];7(3):72-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.12.002>
27. Santos WH, Santos K. Fear of falling in the elderly and psychotherapeutic intervention models. *Rev HUPE* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 Mar 22]; 13(2):62-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2014.10121>
28. Fucahori FS, Lopes AR, Correia JJA, Silva CK, Trelha CS. Fear of falling and activity restriction in older adults from the urban community of Londrina: a cross-sectional study. *Fisioter Mov* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 Mar 22];27(3):379-87. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.027.003.AO08>
29. Chang HT, Chen HC, Chou P. Factors Associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. *PloS One* [Internet]. 2016 [acesso em 2017 Jun 26];11(3):e0150612. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26933882>
30. Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 Abr 17];56(3):407-15. Disponível em: DOI:10.1016/j.archger.2012.12.006

Endereço para correspondência:

Teresa Oliveira

Centro de Saúde Agualva Cacém

Rua Afonso de Albuquerque, 14

Bairro: Agualva - Cacem

CEP: 2735-068 - Agualva - Portugal

E-mail: teresaoliveira@campus.esel.pt