



AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM PESSOAS IDOSAS

RISK ASSESSMENT OF FALLING IN ELDERLY

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS EN PERSONAS ANCIANAS

Bruna Silva Leite¹, Elsa Joana de Sousa e Silva², Fábio Alexandre Fonseca Jorge³, Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro⁴, Willian Alves dos Santos⁵, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente⁶

RESUMO

Objetivos: identificar os fatores associados ao risco de queda na amostra populacional, compreender a influência do meio ambiente onde a pessoa idosa habita e analisar a necessidade de intervenções preventivas para serem implementadas na prática de cuidados. **Método:** estudo exploratório, descritivo e transversal com análise descritiva dos dados. **Resultados:** na amostra, 73,33% eram do gênero feminino, e 46,67% dessas viviam sozinhas. Segundo o Índice de Barthel, 73,33% das pessoas idosas estudadas eram independentes nas atividades de vida diária, mas 86,67% apresentavam risco de queda. O domicílio apresentou-se como fator de risco para quedas devido à presença de obstáculos ambientais e à ausência de dispositivos de segurança. **Conclusão:** orientar a pessoa idosa e os seus familiares acerca dos riscos de queda e as suas consequências poderá fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de situações de dependência. **Descritores:** Risco de Queda; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to identify factors associated with the risk of falling in the sample population, to understand the influence of the environment where the elderly live and analyze the need for preventive interventions to be implemented in practice care. **Method:** exploratory, descriptive and cross-sectional study with descriptive analysis. **Results:** in the sample 73.33% were female and 46.67% of those were living alone. According to the Barthel Index, 73.33% of the studied elderly were independent in activities of daily living, but 86.67% had a risk of falling. The home is presented as a risk factor for falls due to the presence of environmental obstacles and lack of safety devices. **Conclusion:** to guide the elderly and their families about the risks of falling and its consequences could make the difference between falling or not and often between the installation or not of dependency situations. **Descriptors:** Fall Risk; Elderly; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: identificar los factores asociados al riesgo de caídas en la muestra populacional, comprender la influencia del medio ambiente donde la persona anciana habita y analizar la necesidad de intervenciones preventivas a implementar en la práctica de cuidados. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo y transversal con análisis descriptiva de los datos. **Resultados:** en la muestra, 73.33% eran del género femenino y 46.67% de estas vivían solas. Según el Índice de Barthel, 73.33% de las personas ancianas estudiadas eran independientes en las actividades de vida diaria, pero 86.67% presentaban riesgo de caída. El domicilio se presentó como factor de riesgo para caídas debido a la presencia de obstáculos ambientales y ausencia de dispositivos de seguridad. **Conclusión:** orientar a la persona anciana y sus familiares acerca de los riesgos de caídas y sus consecuencias podrán hacer la diferencia entre caer o no y, muchas veces, entre la instalación o no de situaciones de dependencia. **Descriptores:** Riesgo de Caída; Anciano; Enfermería.

¹Acadêmica, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), Brasil. Bolsista PIBIC/CNPq. E-mail: bruna.silvaleite@gmail.com; ²Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal, E-mail: a2901189@esenfc.pt; ³Enfermeiro, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal, E-mail: abarata234@hotmail.com; ⁴Enfermeiro, Professor Doutor em Ciências da Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal. Email: willian.allves@hotmail.com; ⁵Enfermeiro, Aluno do Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. Bolsista CNPq, Niterói (RJ) Brasil. E-mail: geilsavalete@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Bolsista CNPq de Pós-doutorado no exterior. Niterói (RJ). Brasil. E-mail: geilsavalete@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento se inicia com o nascimento e termina com a morte. É um processo individual que caracteriza uma etapa natural da vida, e que se relaciona com as particularidades diretas e indiretas de cada indivíduo e o contexto onde ele se encontra inserido. A forma, bem como a velocidade de envelhecimento, é influenciada por uma série de variáveis intrínsecas e extrínsecas que podem ser vistas em dimensões sociais, econômicas, culturais e ambientais.¹

O processo de envelhecimento gera forte influência no organismo como um todo, cada órgão, sistema e tecido possui as suas particularidades. No entanto, ambos são caracterizados por uma perda nociva e paulatina das funções vitais, visto que é a fase final do desenvolvimento.²

O modo como se dá o envelhecimento e a multiplicidade na sua valorização, relacionada a esse processo, estão muito mais sujeitos às relações/valores sociais do que à própria natureza. A idade cronológica limita-nos a uma apreciação somente do período histórico de cada indivíduo (idade em anos), porém não evidencia os fatores que se relacionam com o processo do envelhecimento, o que diminui a credibilidade nesse mesmo critério.³ Em países desenvolvidos, a pessoa idosa é aquela que apresenta idade cronológica igual ou superior a 65 anos.⁴

Tendo em vista o exposto, este trabalho foi realizado durante o intercâmbio acadêmico internacional, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal, durante o primeiro semestre do ano de 2013, patrocinado pelo Programa de Mobilidade Internacional da Universidade Federal Fluminense - UFF, direcionado para responder à seguinte questão: *“Que fatores estão associados às quedas das pessoas idosas no domicílio?”*.

Com base na questão de investigação, foram definidos os seguintes objetivos: identificar os fatores associados ao risco de queda na amostra populacional; compreender a influência do meio ambiente onde a pessoa idosa habita e analisar a necessidade de intervenções preventivas para implementar na prática de cuidados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal. Um estudo exploratório refere-se à caracterização do fenômeno em estudo, por meio da descoberta dos fatores envolventes e a sua descrição,

possibilitando dessa forma o seu conhecimento, e um estudo transversal tem por objetivo, através da aplicação de questionários em momentos únicos, obter associações comuns entre fatos, sem um período de seguimento. Nesse sentido, adotou-se uma abordagem quantitativa para o tratamento das informações obtidas, de modo a proceder-se à sua classificação e análise.

A amostra no presente estudo é não probabilística intencional. É uma amostragem acidental formada por sujeitos que são facilmente acessíveis, incluídos no estudo à medida que se apresentam, até a amostra atingir o tamanho desejado. Esse tipo de amostragem é considerado ideal para um estudo exploratório, uma vez que limita a generalização dos resultados.⁵

Identificada a temática a desenvolver, bem como o tipo de pesquisa a efetuar, foi necessário definir os critérios para a seleção da população-alvo. Devido ao espaço temporal diminuto para a coleta de informação e tratamento de dados, entre 29 de abril a 01 de julho de 2013, 15 pessoas constituíram-se os elementos da amostra, ou seja os participantes na pesquisa.

Como critérios de inclusão, utilizaram-se as pessoas idosas que frequentassem as consultas de enfermagem realizadas pelos estudantes de enfermagem no edifício da Escola de Enfermagem de Coimbra, na Junta da Freguesia de São Martinho de Árvore; apresentassem idade igual ou superior a 65 anos; ao receberem informação, e de livre vontade, concedessem consentimento informado sobre o projeto a desenvolver; apresentassem condições de mostrar a habitação onde residiam, de forma autônoma; residissem na referida freguesia.

Recorrendo à base de dados informática, criada na folha de cálculo do Microsoft Excel 2007 para o Windows 7, para registro dos dados pessoais e avaliações dos idosos que frequentavam as consultas de enfermagem, obtiveram-se as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, gênero, estado civil e coabitação.

Para confrontar os dados obtidos no estado de arte com a população estudada, foi efetuada uma pesquisa de campo, onde foram avaliados vários parâmetros, como depressão, avaliação cognitiva, avaliação de atividades de vida diária, avaliação do risco de queda e avaliação ambiental do risco de quedas, com os instrumentos de avaliação padronizados indicados para cada um deles.

Foi elaborado um consentimento informado e, dessa forma, pedida a autorização dos

participantes para a coleta das informações necessárias. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, da sua relevância, de que se tratava de uma participação voluntária e sem compromisso de permanência até o seu final e de que seria garantida a confidencialidade das informações referentes aos dados pessoais (nome, Número de Identificação Fiscal (NIS), endereço e telefone).

Todo esse processo de informação e o pedido de autorização foram efetuados na presença de uma testemunha. Quando tal não foi possível, os alunos assumiram essa figura. Aos participantes analfabetos, foi apenas recolhido o seu dactilograma. Tendo em vista o propósito do trabalho, a coleta de informações começou a ser realizada nas consultas de enfermagem, sendo que era explicada a pesquisa, o seu objetivo, e pedia-se o consentimento informado verbal para a participação.

Ainda durante as consultas, eram aplicadas as escalas de depressão geriátrica (GDS), de avaliação cognitiva (6CIT), Índice de Barthel, PAMPI-AVC adaptada, Escala de Downton e escala de risco de queda ambiental. Após uma triagem de 15 idosos, realizada nas consultas, conduziu-se uma visita domiciliar à habitação de cada um, com o intuito de aplicar a escala ambiental de risco de quedas, sendo solicitado que cada um apresentasse o seu domicílio, bem como as divisões/espacos em que passavam mais tempo.

Dessa forma, foi possível avaliar não só o risco, mas também orientar as pessoas idosas de forma personalizada para a adoção de estratégias que visassem à redução do risco de queda. Durante a visita domiciliar, era pedido que os idosos assinassem o consentimento informado em duas cópias, sendo que uma era entregue aos participantes da pesquisa e a

outra era arquivada.

A fase de coleta de informação terminou quando foram recolhidos todos os dados referentes aos 15 participantes da pesquisa, passando-se, seguidamente, para o tratamento estatístico descritivo dos dados obtidos, com recurso ao programa informático de folha de cálculo Microsoft Excel 2007, para o Windows 7.

RESULTADOS

Segundo os dados obtidos através do questionário sociodemográfico, entre a amostra populacional selecionada relativamente à idade, constatou-se que ela se situa entre 65 e 92 anos, sendo o valor médio $74,33 \pm 7,26$ anos.

Dos participantes, verificam-se quatro (26,67%) que apresentam idades compreendidas entre 65 e 69 anos, assim como o mesmo número para os que apresentam idades entre 70 e 74 anos. Constata-se que seis pessoas idosas, entre as quais três (20%), situam-se na faixa etária entre 75 e 79 anos, e as três restantes (20%) tinham idades compreendidas entre 80 e 84 anos. Verifica-se, por último, uma pessoa idosa (6,66%) com idade compreendida entre 90 e 94 anos.

A maioria das pessoas era do gênero feminino (73,33%), sendo que a percentagem relativamente ao estado civil está em 46,67% (casados e viúvos). No que concerne à coabitação, a maioria (53,33%) das pessoas idosas vivem acompanhadas, e 46,67% residem sozinhas. A seguir, apresentam-se as variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Distribuição dos elementos da amostra em função das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	n	%
Grupo etário		
[65 - 70[	4	26,67
[70 - 75[	4	26,67
[75 - 80[	3	20
[80 - 85[	3	20
[90 - 95[	1	6,66
$X_{min.} = 65; X_{máx.} = 92; \text{___} = 74.33; Md = 74.00; s = 7.26$		
Sexo		
Masculino	4	26,67
Feminino	11	73,33
Estado Civil		
Casado	7	46,67
Viúvo	7	46,67
Divorciado	1	6,66
Coabitação		
Acompanhado	8	53,33
Sozinho	7	46,67

Para a escala *Six Item Cognitive Impairment Test*, verificaram-se resultados compreendidos entre 0,00 e 20,00 pontos, sendo o valor médio $8,73 \pm 6,85$ pontos, e que

50% dos elementos estudados apresentaram valores iguais ou superiores a 6,00 pontos. Ademais, constatou-se que 40% dos participantes apresentam uma diminuição moderada à grave da sua condição cognitiva.

Relativamente à *Escala de Downton*, observaram-se valores compreendidos entre 1,00 e 7,00 pontos, sendo o valor médio 4,00 ± 1,46 pontos, e que 50% das pessoas idosas apresentam valores iguais ou superiores a 4,00 pontos. Seguindo os pontos de corte referidos pelo autor da escala, 86,67% dos indivíduos apresentam risco de queda.

No que concerne à *Escala de Depressão Geriátrica (GDS)*, constataram-se valores compreendidos entre 3,00 e os 17,00 pontos, sendo o valor médio 8,80 ± 4,31 pontos, e que 50% das pessoas apresentaram valores iguais ou superiores a 8,00 pontos. Constatou-se que 73,33% dos participantes apresentam ausência de depressão.

Quanto ao *Índice de Barthel*, verificaram-

Tabela 2. Valores mínimos e máximos, média, mediana, desvio-padrão do nível cognitivo (6CIT), de depressão (GDS), risco de queda (Downton), independência funcional (Barthel e das duas categorias do Domínio Físico-Funcional da versão preliminar do PAMPI-AVC).

	Min.	Máx.	Média	Md	s
<i>Six Item Cognitive Impairment Test</i>	0,00	20,00	8,73	6,00	6,85
Escala de Depressão Geriátrica	3,00	17,00	8,80	8,00	4,31
Escala de Downton	1,00	7,00	4,00	4,00	1,46
Índice de Barthel	95,00	100,00	98,67	100,00	2,29
PAMPI-AVC, versão preliminar					
Atividades Essenciais à vida	74,38	100,00	96,93	98,85	6,39
Atividades de Vida Complementares	42,50	100,00	77,50	80,83	16,34

Segundo a avaliação realizada com a *Escala de Risco Ambiental*, os resultados obtidos foram os seguintes: 70% dos indivíduos apresentam problemas relacionados com o item das áreas de locomoção, sendo que, dessa percentagem, 13 pessoas idosas (86,67%) apresentam revestimentos que não se encontram uniformes, ou tapetes que não estão fixos, nas suas habitações.

Referente à avaliação efetuada no banheiro, salienta-se que oito pessoas idosas (53,33%) não apresentaram uma área de banho com tapete antiderrapante. Na área da cozinha, 63,33% da amostra populacional estudada apresentam problemas, sendo que a ausência de uma lava-louça (pia) com facilidade de ser utilizada por uma pessoa com mobilidade reduzida (cadeira de rodas) apresenta um valor de 11 pessoas idosas (73,33%).

No que diz respeito ao item das escadas, referencia-se que só 12 dos participantes da amostra (80%) estudada apresentavam escadas nas suas habitações. Contudo, e após análise dos dados recolhidos, verificou-se que dessas 12 pessoas idosas, 85% apresentaram problemas em relação ao nível de locomoção.

se valores compreendidos entre 95,00 e 100,00 pontos, sendo o valor médio 98,67 ± 2,29 pontos, e que 50% dos elementos estudados apresentaram valores iguais a 100,00 pontos. Pode-se constatar que 73,33% são independentes nas suas atividades de vida diária. Para o PAMPI-AVC, versão preliminar, na categoria de Atividades Essenciais à Vida, constata-se que os valores variam entre 74,38 e 100,00 pontos, sendo o valor médio 96,93 ± 6,39 pontos; 50% das pessoas idosas apresentam valores iguais ou superiores a 98,85 pontos.

Na categoria de Atividades de Vida Complementares, verifica-se que os valores variam entre 42,50 e 100,00 pontos, sendo o valor médio 77,50 ± 16,34 pontos, e que 50% dos indivíduos apresentam valores iguais ou superiores a 80,83 pontos.

Como aspectos a salientar, cita-se que: 12 pessoas idosas (100%) não apresentam faixa antiderrapante nos termos do degrau, e que 11 (91,67%) não apresentaram corrimão bilateral nas escadas.

DISCUSSÃO

No presente estudo, pretendeu-se avaliar o risco de queda de uma amostra populacional de 15 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, da Freguesia de São Martinho de Árvore. Dos elementos da amostra estudados, 73,33% pertencem ao gênero feminino. Um estudo refere uma percentagem de 52,20% da população portuguesa como sendo do gênero feminino.⁶

Mais de 70% das quedas ocorrem em casa, e as pessoas que residem sozinhas apresentam um risco aumentado de queda.⁷ Na amostra coletada, a maioria das pessoas idosas (53,33%) vive acompanhada, e o restante (46,67%) habita sozinho. Neste estudo, o risco de queda situa-se nos 86,67%. O declínio cognitivo varia em relação ao seu início e progressão com o envelhecimento, depende de fatores tais como educação, saúde,

personalidade, nível intelectual global, capacidade mental específica, entre outros.⁸

O envelhecimento primário reúne um declínio gradual das funções cognitivas.⁹ A capacidade intelectual do indivíduo idoso pode ser mantida sem dano cerebral até os 80 anos. No entanto, dificuldades de aprendizagem e esquecimento sem importância podem ser incluídas juntamente com algumas alterações que normalmente ocorrem em pessoas idosas com idade até 70 anos.¹⁰

De acordo com os escores obtidos na avaliação cognitiva realizada na amostra populacional, 60% das pessoas idosas (três homens e seis mulheres) apresentam normalidade ou diminuição ligeira. Os restantes 40% dos elementos da amostra (um homem e cinco mulheres) apresentam uma diminuição moderada à grave. Tendo em conta que a média de idades da amostra é de 74,33 anos, podemos referenciar que as pessoas idosas estudadas encontram-se dentro dos parâmetros normais que são considerados pela literatura consultada nesse domínio. Observa-se um maior número de quedas na população do gênero feminino.¹¹

O gênero feminino apresenta maior fragilidade, prevalência de patologias, terapêutica medicamentosa, comportamentos de risco e um maior número de atividades domésticas, além de que a massa e força muscular são menores nesse gênero.¹² Nesse sentido, o exercício e o relaxamento físico constituem uma das formas de intervenção para a prevenção de quedas, já que a atividade física reduz o risco da diminuição funcional e da mortalidade.¹³

O descrito anteriormente pelos autores não vai ao encontro da realidade da amostra populacional estudada, uma vez que a média do escore do risco de queda é de 4,25 para o gênero masculino e de 3,91 para o gênero feminino. No entanto, temos de considerar que o número de participantes do gênero masculino é de apenas 26,67% (quatro indivíduos), o que pode enviesar estatisticamente os resultados.

Relativamente à prática de exercício físico, ela tem sido implementada no seio da comunidade em estudo, a fim de constituir um fator de prevenção de quedas. Dessa forma, duas vezes por semana é realizada uma hora de atividade física, direcionada para a manutenção e aumento da resistência física e força muscular. A atividade física em qualquer idade pode reduzir os riscos de depressão e declínio cognitivo.¹⁴

A prática regular de exercício físico na

pessoa idosa contribui para o controle da depressão e diminuição da ansiedade, possibilitando a ela uma maior familiaridade com o seu corpo e suas funções.¹⁵ A depressão é o transtorno do humor mais comum, afetando anualmente 5% da população mundial. É caracterizado por humor deprimido e diminuição do interesse/prazer em todas as atividades. Outros sintomas podem ocorrer, tais como: perda ou aumento do apetite, insônia ou hipersônia, sentimento de inutilidade e culpa, e sentimentos decorrentes sobre morte.

Nas pessoas idosas, a depressão se apresenta como sintomas somáticos ou hipocondríacos mais frequentes, podendo resultar na pior resposta ao tratamento¹⁶. Um dos fatores de risco da depressão é a diferença de gênero e idade.¹⁷ Os autores afirmam que a depressão é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, porém sugerem que tal discrepância possa ser explicada pelo ambiente e suporte social da maioria das culturas.

Durante o processo de envelhecimento, é mais frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos da depressão.¹⁶ No que concerne à depressão, os resultados obtidos na avaliação efetuada com a GDS foram os seguintes: a média de escores é de $5,50 \pm 1,29$ para o gênero masculino e $10,00 \pm 4,43$ para o gênero feminino. Pode-se constatar que 73,33% das pessoas idosas (quatro homens e sete mulheres) apresentavam sinais de depressão, sendo que os restantes 26,67% dos indivíduos (quatro mulheres) apresentavam depressão ligeira.

Os fatores ambientais são os que proporcionam o maior risco de quedas e, quando associados a características físicas das pessoas, são ainda mais agravantes. A maioria das quedas que ocorrem no ambiente doméstico devem-se a fatores extrínsecos. Os locais de maior frequência das quedas são as escadas, o quarto, a sala e o banheiro. Destaca-se ainda que o domicílio da pessoa idosa deva ser livre de obstáculos que possam provocar escorregões e/ou tropeções.¹⁸

Os idosos identificaram que os “tapetes” e o “chão molhado” são fatores predisponentes à ocorrência de quedas no domicílio¹⁹. O verificado *in loco* da amostra estudada revela que 70% das pessoas estudadas não apresentam um ambiente livre de obstáculos, sendo as passadeiras e tapetes não fixos ao pavimento como as maiores fontes de preocupação dessa população. Um dos princípios a ter em conta para a diminuição dos riscos de queda no banho é a colocação de

tapetes antiderrapantes de borracha na banheira e/ou chuveiro.²⁰

Na amostra populacional estudada, podemos verificar que 53,33% dos indivíduos não apresentavam esse tipo de precaução nas suas habitações. As escadas são fontes de inúmeros acidentes. Contudo, existem estratégias que, quando adotadas, diminuem substancialmente o risco de queda, são elas: existência de corrimão bilateral fixo e afastado da parede, e degraus largos e livres de obstáculos, sem tapetes ou passadeiras²⁰. A colocação de faixas antiderrapantes é também um fator importante na prevenção de quedas.

Na avaliação realizada no ambiente habitacional da amostra em estudo, verificou-se que o descrito anteriormente não é adotado na prática, sendo que 91,67% das pessoas idosas não possuíam faixas antiderrapantes e que 91,67% não apresentavam corrimão bilateral nas escadas. Apenas 66,67% apresentam um corrimão ou corrimão bilateral como acessório bem fixo.

Na realização deste trabalho, mais precisamente na coleta e tratamento dos dados, surgiram obstáculos resultantes da escassez de tempo, uma vez que o espaço temporal para a sua elaboração foi compreendido entre 29 de abril e 01 de julho de 2013. O método de amostragem selecionado, por conveniência, não foi o mais adequado, uma vez que esse é um tipo de amostragem não probabilística que não permite uma generalização fidedigna dos resultados, sendo que a amostra populacional estudada não é representativa das características gerais da população.

Como limitações do estudo, pode-se destacar: a distribuição por gênero, uma vez que, dos 15 participantes, apenas quatro são do gênero masculino; o fato de a amostra populacional estudada ser pouco representativa da população global da Freguesia de São Martinho de Árvore, não sendo possível realizar inferência estatística.

CONCLUSÃO

Através do estudo aprofundado da literatura, da aplicação dos instrumentos e da realização das atividades propostas, foi possível compreender os fatores relacionados à ocorrência de quedas no ambiente domiciliário, identificando as modificações possíveis de serem efetuadas em cada local.

As modificações ambientais devem ser realizadas com o máximo de preocupação, sem alterar o conforto e bem-estar da pessoa idosa. A disposição do mobiliário, utensílios domésticos e restantes artigos e/ou locais que

representem risco são aspectos que necessitam ser abordados periodicamente numa conversa onde haja troca de informações, entre o emissor e receptor, e sejam delineadas estratégias eficazes e concomitantemente favoráveis à construção de um ambiente seguro.

É preciso ter a compreensão do evento da queda como um fenômeno multifatorial, que merece atenção da equipe de saúde no âmbito da prevenção, minimizando assim os gastos em saúde e as consequências advindas para a pessoa idosa e os seus familiares, assim como evidenciar que a prática de atividade física deve ser encorajada pelos profissionais de saúde, pois funciona como fator de proteção de ocorrência de quedas.

A realização de sessões de exercício físico semanais, em caráter permanente, é uma maneira de permitir e estimular a realização da prática pela pessoa idosa. A prática regular de atividade física é uma medida eficaz que contribui para o bom funcionamento do organismo, tendo consequências positivas no aumento da força muscular, melhoria da postura e equilíbrio, e também na manutenção do bem-estar mental.

Um dos focos de atenção dos profissionais de saúde é a prevenção de quedas, constatando-se como um desafio de saúde pública, justamente pelos prejuízos de mobilidade relacionados e as suas implicações para aspectos importantes da saúde geral da comunidade.

Constitui-se como imperativo por parte dos enfermeiros, na sua prática clínica, o cuidar humano como fundamento. Nesse sentido, o grande desafio de identificar os possíveis fatores de risco relacionados ao evento da queda no contexto domiciliário da pessoa idosa.

Além da identificação, o enfermeiro é responsável por uma série de intervenções que devem ser fundamentadas em estratégias preventivas que minimizem o risco ambiental, considerando que a queda é detentora de uma natureza multifatorial. Conclui-se, portanto, que orientar a pessoa idosa e os seus familiares acerca dos riscos de queda e as suas consequências poderá fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de situações de dependência.

Antes da respectiva orientação, deve-se atentar para a forma mais adequada de comunicação, tendo em conta as facilidades e dificuldades apresentadas pela população envolvida. Devem ser propostas medidas de fácil acesso adequadas à realidade socioeconômica da pessoa idosa, de modo que

a intervenção possua eficácia, priorizando ao máximo o estímulo da realização de atividades de vida diária de forma independente e segura.

O domicílio apresenta-se como um contexto que, devido à presença de obstáculos ambientais e à ausência de dispositivos de segurança, poderá ser considerado um ambiente prejudicial à mobilidade segura da pessoa idosa. De um modo geral, foi possível concluir que, apesar da amostra populacional ser diminuta e não ser possível realizar inferência estatística sobre os dados obtidos, essa população estudada apresenta um elevado risco de queda, sendo que, se não forem introduzidos aspectos corretivos, poderão surgir consequências graves que implicarão o declínio da qualidade de vida.

Após a realização deste estudo, consideramos pertinente o aprofundamento de estudos/pesquisas em torno desta problemática, visto tratar-se de uma temática atual, de interesse geral e, até o momento, pouco explorada. Sugere-se a replicação do estudo em populações maiores e com controle de outras variáveis, nomeadamente força muscular, equilíbrio e marcha.

A constatação de evidências científicas focalizadas nesta temática fornece novas perspectivas aos profissionais sobre ela, proporcionando a adoção de estratégias efetivas que contribuirão para a diminuição das quedas nas pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. Acta Paul de Enferm [Internet]. 2007. [cited 2013 June 14]; 20(3):362-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n3/pt_a20v20n3.pdf.
2. Pinto AM & Botelho MA. Fisiologia do envelhecimento. In: Pinto AM. Fisiologia e aplicações. Lisboa: Lidel; 2009. p. 493-514.
3. Azeredo Z. Envelhecimento individual. In: Azeredo Z. O idoso como um todo Viseu: PsicoSoma; 2011. p. 46-76.
4. Organização Mundial de Saúde. WHO Global Report of Falls Prevention in Older Age. Geneva: WHO; 2007.
5. Fortin MF. O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Lisboa: Lusociência; 1996. p. 388.
6. Instituto Nacional de Estatística. Nos Próximos Vinte e Cinco anos o Número de Idosos Poderá Mais do que Duplicar o Número de Jovens. Portugal: INE; 2007.
7. Celich KLS, Souza SMS, Zenevitz L, Orso ZA. Fatores que predisõem às quedas em idosos. RBCEH Passo Fundo [Internet]. 2010. [cited 20 June 2013];5(3):419-427. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/download/776/pdf>
8. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Rev Científica Intern [internet]. 2012. [cited 2013 June 14]; 20(1):106-194. Available from: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
9. Canine PR, Bastos A. Transtorno cognitivo leve. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.128-132.
10. Cançado FAX, Horta ML. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.112-127.
11. Luz WAM, Marques MB, Moura NS, Souza EC, Machado ALG. Análise dos fatores de risco associados a quedas de idosos no domicílio. Rev Portal de Divulg [Internet]. 2013 [cited 2013 June 14];31(3):6-17. Available from: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php/revistaportal/article/viewFile/337/358>
12. Ganança FF, Gazzola JM, Aratani MC, Perracini MR, Ganança MM. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia [Internet]. 2006 [cited 2013 June 14];72(3):388-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n3/a16v72n3.pdf>
13. Leite PF. Aptidão física esporte e saúde: prevenção e reabilitação. 2nd ed. São Paulo: Editora Robe; 1991. p.122.
14. Spirduso WW, Cronin DL. Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. Medicine and Science in Sports and Exercise [Internet]. 2001 [cited 2013 June 14]; 33(6):598-608. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427784>
15. Assis M, Araújo TD. Atividade e postura corporal. In: Saldanha AL, Caldas CP. Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2a ed. 2004. Rio de Janeiro: Interciência. p.83-86.
16. Garcia A, Passos A, Campo AT, Pinheiro E, Barroso F, Coutinho G, et al. A depressão e o processo de envelhecimento. Ciência & Cognição [Internet]. 2006 [cited 2013 June

- 14];7:111-21. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v7n1/v7a10.pdf>.
17. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 1991. [cited 2013 June 14]; 21:1-15. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a02.pdf>
18. Costa Neto MM. Atenção a saúde do idoso - instabilidade postural e queda. In: Ministério da Saúde. Secretárias de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2000; p. 40.
19. Lopes MCL, Violin MR, Lavagnoli AP, Marcon SS. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. Cogitare Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 June 14];12(4):472-7. Available from: <http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2007/vol12/no4/8.pdf>.
20. Monteiro J. Prevenção de Acidentes na pessoa idosa: a adaptação domiciliária como factor de prevenção de acidentes. Coimbra Lab [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 20]. Available from: http://www.coimbralab.pt/area_clinico/2011/BI_N4A_Prevencao_acidentes_pessoa_idosa.pdf
21. Saraiva RJ, Rosas AMTF, Valente GSC, Cardoso MMVN, Santos CRGC, Lindolpho MC. A Integração entre graduandos e pós-graduandos no ensino da consulta de enfermagem ao idoso. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 mar/apr [cited 2013 Mar 20];5(2):151-57. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1191/pdf_416

Submissão: 08/04/2014

Aceito: 14/05/2015

Publicado: 15/06/2015

Correspondência

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente.

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa

Universidade Federal Fluminense

Rua Dr. Celestino 74

Bairro Centro

CEP 24020-091 – Niterói (RJ), Brasil