

Estudo da prevalência dos fatores intrínsecos e extrínsecos de risco de queda em idosos na atenção primária

Study of the prevalence of intrinsic and extrinsic factors of fall risk in the elderly in primary care

Victor Rangel Pinheiro Neiva¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9528-6106>

Raquel Loiola Gomes Moreira²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5114-7112>

Resumo

No Brasil, entre 2000 e 2010, as internações hospitalares por causas externas, financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresentaram um aumento de 19,1%, tendo como principais causas as quedas, especialmente entre a população idosa, representando um problema de saúde pública em ascensão.

Objetivo: Averiguar a prevalência de determinados fatores de risco de quedas em idosos da comunidade acolhidos na APS e sua associação com o alto risco intrínseco. **Métodos:** Estudo observacional, transversal realizado com idosos atendidos na UBS Dr. Milton Lopes, Imperatriz/MA. A coleta de dados foi instrumental, utilizando-se a Escala de Downton modificada, associada a um instrumento semiestruturado, analisando aspectos como perfil sociodemográfico e elementos considerados fatores de risco para a ocorrência de quedas, além das consequências desse agravo. As variáveis foram associadas pelo teste qui-quadrado de Pearson ou pelo teste exato de Fischer e os valores com $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. **Resultados:** Foram entrevistados 182 idosos, com média de idade igual a 72,1 anos, predominando o sexo feminino (62,1%). Houve grande número de relatos de quedas anteriores (48,4%), uso de medicamentos (74,7%) e de déficits sensoriais (81,9%) nessa população. Foi constatada uma prevalência de alto risco intrínseco para quedas em 53,85% da amostra. Dentre os que já caíram, uma boa parcela sofreu lesões de pele (25%) e/ou fraturas (20,4%). **Conclusões:** Sugere-se a assistência integral e prioritária pelos serviços de saúde pública, visando a identificação de populações com risco aumentado e o pronto estabelecimento de estratégias preventivas nesse âmbito.

Palavras-chave: idoso; fatores de risco; prevalência

Abstract

In Brazil, between 2000 and 2010, hospital admissions due to external causes, financed by the *Sistema Único de Saúde* (SUS), showed an increase of 19.1%, with falls as the main causes, especially among the elderly population, representing a problem public health on the rise. **Objective:** To investigate the prevalence of certain risk factors for falls in community-dwelling elderly people in PHC and their association with high intrinsic risk. **Methods:** Observational, cross-sectional study carried out with elderly people treated at the UBS Dr. Milton Lopes, Imperatriz/MA. Data collection was instrumental, using the modified Downton Scale, associated with a semi-structured instrument, analyzing aspects such as sociodemographic profile and elements considered risk factors for the occurrence of falls, in addition to the consequences of this grievance. The variables were associated using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, and values with $p < 0.05$ were considered statistically significant. **Results:** A total of 182 elderly people were interviewed, with a mean age of 72.1 years, predominantly female (62.1%). There were a large number of reports of previous falls (48.4%), medication use (74.7%) and sensory deficits (81.9%) in this population. A prevalence of high intrinsic risk for falls was found in 53.85% of the sample. Among those who have already fallen, a good portion suffered skin injuries (25%) and/or fractures (20.4%). **Conclusion:** Comprehensive and priority assistance by public health services is suggested, aiming at the identification of populations at increased risk and the prompt establishment of preventive strategies in this area.

Keywords: aged; risk factors; prevalence

¹ Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz, MA – Brasil. E-mail: victorpinheiro60@gmail.com

² Universidade Federal do Maranhão - Campus Imperatriz, MA – Brasil. E-mail: Orcid: raquelloiola@yahoo.com.br

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. A população brasileira com 60 anos ou mais já ultrapassa os 30 milhões, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE em 2017. Essa mudança de perfil traz consigo desafios envolvendo os sistemas sociais, como o da saúde e da previdência social^{1,2,3}.

No Brasil, entre 2000 e 2010, as internações hospitalares por causas externas, financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresentaram um aumento de 19,1%, tendo como principais causas as quedas, especialmente entre a população idosa, representando um problema de saúde pública em ascensão. Calcula-se que mais de um terço das pessoas de idade igual ou superior a 65 anos tenha uma queda ao ano e, em muitos casos, esta é recorrente⁴. Em relação à mortalidade, dados revelam que em 2013, 8.775 pacientes acima dos 60 anos morreram por essa causa no país⁵.

A queda pode ser definida como um evento descrito pela vítima ou uma testemunha, em que a pessoa, inadvertidamente, vai ao solo ou outro local em nível mais baixo que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência ou lesão⁶. A ocorrência de quedas entre os idosos pode estar relacionada com causas únicas e claramente identificáveis ou, mais comumente, múltiplas e de difícil individualização. Os fatores intrínsecos estáveis que aumentam o risco de quedas são representados pelas doenças crônicas e/ou mudanças associadas à idade⁷.

Dentre as principais modificações do processo de envelhecimento, destacam-se aquelas que proporcionam maior instabilidade, como deformidade articular, diminuição da força e massa muscular (sarcopenia)⁸. Até mesmo informações proprioceptivas, táteis, visuais e vestibulares, que integram informes periféricos para a manutenção do equilíbrio,

são diminuídas com o envelhecimento natural^{4,9}. Evidencia-se, também, uma diminuição dos reflexos, dos movimentos rítmicos automatizados e movimentos voluntários, além da situação nutricional prejudicada (falta de apetite, distúrbios sensoriais do olfato e paladar, xerostomia) e déficit vitamínico relacionados à idade.

Algumas doenças específicas podem ser causas potenciais de quedas, como epilepsia, doença de Parkinson, miopatias e neuropatias periféricas, síncope cardiogênica, arritmias cardíacas, espondilose cervical, demências, disfunção autonômica e hipotensão postural, e disfunção renal. Ademais, qualquer doença aguda pode ocasionar um declínio transitório na perfusão cerebral, aumentando as possibilidades de perda de consciência e quedas entre a população mais velha inespecificamente⁷.

O consumo de medicamentos pelos longevos está, possivelmente, associado a um maior risco de quedas devido a uma maior sensibilidade a efeitos colaterais dos fármacos nessa população, em virtude de alterações metabólicas decorrentes do envelhecimento normal. Classes específicas relativas ao aumento desse risco incluem substâncias psicotrópicas, cardiovasculares, corticosteroides, anti-inflamatórios não hormonais (AINHs) e neurolépticos. Os idosos com doenças específicas são mais propensos ao uso de mais de quatro medicações prescritas (polifarmácia), incluindo muitas dessas classes no consumo diário. As implicações da influência dos medicamentos nas quedas muitas vezes não são reconhecidas pelos pacientes, familiares, nem tampouco pelos profissionais, principalmente quando a polifarmácia é muito complexa¹⁰.

Outrossim, há fatores extrínsecos que perturbam o equilíbrio, compreendendo riscos ambientais e comportamentais nas atividades diárias, ora em circunstâncias em que o estímulo sensorial está diminuído, como em ambientes de baixa iluminação ou brilho excessivo, ora quando a estabilidade

postural torna-se prejudicada, por falta de apoio em determinados locais ou presença de pisos e tapetes escorregadios, especialmente em idosos com alto grau de exposição ao risco¹¹. Os fatores intrínsecos e/ou extrínsecos iniciam o evento da queda e fazem com que esta tenha consequências significativas na saúde física e psicológica desses pacientes, tendo repercussão, inclusive, na vida dos familiares e cuidadores⁵.

A investigação dos aspectos relacionados ao âmbito de quedas pode trazer informações sobre suas eventuais causas e pistas para fatores de risco importantes¹². Durante a abordagem ao idoso, informações a respeito de sua história clínica, condições ambientais e hábitos comportamentais devem ser colhidas e registradas, auxiliando na estruturação de medidas preventivas individualizadas, com a finalidade de reduzir a incidência e a morbimortalidade desse agravo^{11,13}.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi averiguar a prevalência de determinados fatores de risco de quedas em idosos da comunidade acolhidos na Atenção Primária à Saúde, tal como identificar os fatores associados ao alto risco intrínseco nesses pacientes.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal, observacional, de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e analítico, realizado com idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Milton Lopes, localizada em Imperatriz, Maranhão, sendo uma das referências regionais para o atendimento da população, que conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas, dentistas, entre outros profissionais.

A população do estudo constituiu-se pela amostra retirada do grupo de idosos cadastrados na equipe de Estratégia Saúde da Família – setor Rodoviária, compreendendo cerca de 400 pacientes.

Dessa forma, aplicou-se o cálculo amostral segundo Barbetta¹⁴, com uma margem de erro de 5%. O tamanho da amostra calculada foi de 200 idosos. Foram incluídos no estudo os pacientes com idade igual ou superior a 60 anos atendidos na UBS, com capacidades auditiva e compreensiva, e excluídos aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão, ou se recusaram ou desistiram de participar da pesquisa.

Os dados foram coletados no período entre outubro de 2019 e março de 2020, momento em que foi declarada a pandemia mundial do novo coronavírus (Sars-Cov-2), vírus que causa a doença Covid-19, altamente contagiosa. Tal evento impossibilitou o contato com alguns idosos, uma vez que esta população é considerada grupo de risco para a doença. Com isso, e ao se aplicarem os critérios de exclusão, foram elegíveis 182 indivíduos para o estudo.

A coleta de dados foi instrumental, utilizando-se a Escala de Downton (1993) modificada, associada a um instrumento semiestruturado elaborado a partir de pesquisa bibliográfica, contendo informações sobre o idoso e os fatores relacionados ao cenário de quedas. A Escala de Downton mensura o risco de queda conforme cinco itens e seus subitens, da qual a pontuação total superior a 2 determina um alto risco de queda. Os participantes tiveram a garantia de uma contribuição anônima e voluntária, sendo-lhes exigida a assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O preenchimento do questionário foi realizado pelo próprio autor por meio de entrevistas com os idosos, abordados durante sua estada na unidade ou em visita domiciliar acompanhado do agente comunitário de saúde responsável.

As variáveis analisadas pelo instrumento versavam sobre informações pessoais do paciente (idade, sexo, estado civil); a ocorrência de queda(s) anterior(es); o uso de medicamentos

(sedativos/hipnóticos, anti-hipertensivos, antiparkinsonianos, antidepressivos, hipoglicemiantes, outros); presença ou não de déficits sensoriais (alterações visuais, auditivas, de extremidades); estado mental (orientado, confuso); deambulação (normal, segura com ajuda, insegura com ou sem ajuda, impossível). Além de abordar as condições ambientais do domicílio (diferença na altura das calçadas, piso escorregadio ou com tapetes, baixa iluminação ou brilho excessivo, presença de escada, corrimão nos corredores/banheiros); e as possíveis consequências na saúde devido à(s) queda(s) (lesões na pele, fratura, imobilização, outros).

A tabulação dos dados foi em planilha eletrônica do pacote *Microsoft Excel®*, posteriormente tratados por estatística descritiva e inferencial através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences – (SPSS) versão 20*. Foi realizada análise exploratória que incluiu a média, desvio padrão, frequência relativa, frequência absoluta e gráficos de barras, adotando-se 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, utilizando o teste exato de Fisher caso esse pressuposto fosse violado. O nível de confiança adotado foi de 95% e valores com $p < 0,05$ foram considerados significativos.

O estudo não recebeu financiamento de instituições ou terceiros e não apresenta

conflito de interesses. Foram seguidas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos, tendo sido submetido à Plataforma Brasil, com número do parecer 3.658.381 do Comitê de Ética e Pesquisa. Um termo de autorização foi enviado à coordenação do local de realização da pesquisa, solicitando permissão para o seu desenvolvimento. Somente os pesquisadores têm acesso aos dados, de forma a manter o sigilo sobre a identificação dos pacientes.

Resultados

Amostra composta por 182 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde no interior do estado do Maranhão. A Tabela 1 descreve os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, além de estabelecer uma correlação com o alto risco intrínseco de queda (pontuação acima de 2 na Escala de Downton).

Esse grupo exibiu uma média de $72,1 \pm 8,5$ anos de idade, variando de 60 a 96 anos, aproximadamente metade compreendeu a faixa etária entre 60 e 69 anos ($n=82$; 45,1%). A maior parte da amostra foi do sexo feminino 62,1% ($n=113$), e o estudo apontou associação dessa variável com o alto risco de queda ($n=68$; 60,2%; $p=0,028$). Quanto ao estado civil, a maioria dos pacientes eram casados ou em regime de união estável ($n=102$; 56%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e o risco de quedas pela escala de Downton nos idosos de Imperatriz – MA em 2019-2020.

	Alto risco intrínseco de quedas (Escala Downton)						p-valor*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,028
Feminino	68	60,2	45	39,8	113	62,1	
Masculino	30	43,5	39	56,5	69	37,9	
Faixa etária							0,211
60-69	40	48,8	42	51,2	82	45,1	

70-79	37	63,8	21	36,2	58	31,9	
80-89	18	47,4	20	52,6	38	20,9	
90-96	3	75,0	1	25,0	4	2,2	
Estado civil							0,393
Solteiro	11	45,8	13	54,2	24	13,2	
Casado/União estável	52	51,0	50	49,0	102	56,0	
Divorciado/Separado	6	54,5	5	45,5	11	6,0	
Viúvo	29	64,4	16	35,6	45	24,7	

*Teste Qui-quadrado.

A Tabela 2 relaciona os itens que compõem a Escala de Downton com o alto risco intrínseco de queda. Em relação ao histórico de quedas, um total de 88 idosos (48,4%) relataram ao menos um episódio prévio, tendo grande relevância estatística ao se associar com o alto risco de queda (n=64; 72,7%; p<0,001). Parcela expressiva da amostra (n=136; 74,7%) faz uso de algum

medicamento de forma contínua, com associação ao risco de queda (n=90; 66,2%; p<0,001) altamente significativa do ponto de vista estatístico. Esse perfil foi visualizado com o uso de anti-hipertensivos (p<0,001), hipoglicemiantes (p<0,001) e outras medicações (p=0,023). Nenhum paciente relatou consumo de antiparkinsonianos.

Tabela 2. Escala de Downton e o risco intrínseco de queda nos idosos de Imperatriz – MA em 2019-2020.

	Alto risco intrínseco de quedas (Escala Downton)						p-valor*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Quedas anteriores							<0,001
Sim	64	72,7	24	27,3	88	48,4	
Não	34	36,2	60	63,8	94	51,6	
Uso de medicações							<0,001
Sim	90	66,2	46	33,8	136	74,7	
Não	8	17,4	38	82,6	46	25,3	
Sedativos							0,625†
Sim	3	75,0	1	25,0	4	2,2	
Não	95	53,4	83	46,6	178	97,8	
Anti-hipertensivos							<0,001
Sim	75	73,5	27	26,5	102	56,0	
Não	23	28,7	57	71,3	80	44,0	
Antidepressivos							0,538†
Sim	1	100,0	0	0,0	1	,5	
Não	97	53,6	84	46,4	181	99,5	
Hipoglicemiantes							<0,001
Sim	32	84,2	6	15,8	38	20,9	
Não	66	45,8	78	54,2	144	79,1	
Outros							0,023
Sim	32	68,1	15	31,9	47	25,8	
Não	66	48,9	69	51,1	135	74,2	
Déficit sensorial							<0,001
Sim	96	64,4	53	35,6	149	81,9	
Não	2	6,1	31	93,9	33	18,1	
Alterações visuais							<0,001
Sim	79	62,7	47	37,3	126	69,2	
Não	19	33,9	37	66,1	56	30,8	
Alterações auditivas							<0,001

Sim	19	90,5	2	9,5	21	11,5	
Não	79	49,1	82	50,9	161	88,5	
Alterações de extremidades							<0,001
Sim	42	82,4	9	17,6	51	28,0	
Não	56	42,7	75	57,3	131	72,0	
Estado mental (orientado)							0,251
Sim	95	53,1	84	46,9	179	98,4	
Não	3	100,0	0	0,0	3	1,6	
Deambulação normal							0,044
Sim	83	51,2	79	48,8	162	89,0	
Não	15	75,0	5	25,0	20	11,0	
Segura com ajuda							0,013
Sim	14	82,4	3	17,6	17	9,3	
Não	84	50,9	81	49,1	165	90,7	
Impossível							0,596
Sim	1	33,3	2	66,7	3	1,6	
Não	97	54,2	82	45,8	179	98,4	

*Teste Qui-quadrado; †Teste exato de Fisher.

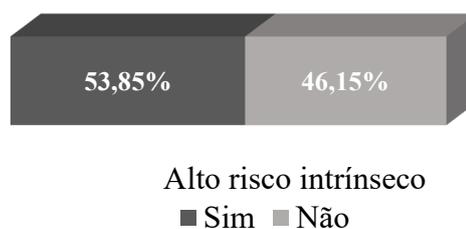
A análise de déficits sensoriais indicou que 149 idosos (81,9%) possuíam algum déficit. Destes, 96 (64,6%) se enquadravam no perfil de alto risco de queda ($p < 0,001$). 69,2% dos idosos ($n=126$) apresentavam alterações visuais e destes, 79 (62,7%) eram de alto risco ($p < 0,001$). Ademais, dentre os idosos com alterações auditivas ($n=21$; 11,5%), 19 (90,5%) se incluem no grupo de risco de queda ($p < 0,001$). Por fim, 51 pacientes (28%) relataram alterações de extremidades, compreendendo 42 (82,4%) com alto risco intrínseco ($p < 0,001$).

A quase totalidade dos idosos ($n=179$; 98,4%) se apresentaram orientados no momento da entrevista, não evidenciando associação estatística significativa.

Quanto à caracterização da deambulação, 162 (89%) deambulavam normalmente. Dos 20 idosos (11%) com dificuldade para deambular, 15 deles (75%) pertencem ao grupo de risco de queda ($p=0,044$). Andavam de forma segura, mas com ajuda de alguma pessoa ou objeto, 17 entrevistados, com 14 (82,4%) em alto risco ($p=0,013$), enquanto 3 estavam acamados, impossibilitados de caminhar. Nenhum paciente deambulava de forma insegura, com ajuda ou não.

A leitura da Escala de Downton aponta um alto risco para queda em caso de uma pontuação maior ou igual a 3. Cerca de 53,85% da amostra ($n=98$) apresentavam alto risco intrínseco de queda, conforme indicado pelo Gráfico 1.

Gráfico 1. Prevalência de alto risco de queda entre os idosos de Imperatriz - MA em 2019-2020.



A avaliação dos fatores extrínsecos elencados na Tabela 3, relacionados ao ambiente em que o idoso está inserido, revelou grande prevalência de entrevistados (n=110; 60,4%) que se sentiam prejudicados com a diferença na altura das calçadas. Nenhum idoso relatou a presença de corrimão nos corredores e/ou banheiros

de seu domicílio. Quanto às consequências da queda no processo de saúde dos indivíduos que já caíram ao menos uma vez (n=88), 22 (25%) referiram lesões na pele, enquanto 18 (20,4%) sofreram fraturas. Ao associar tais fatores com o alto risco intrínseco, não foram obtidos valores estatisticamente relevantes.

Tabela 3. Fatores extrínsecos de risco e consequências de quedas anteriores e o risco de quedas pela escala de Downton nos idosos de Imperatriz – MA em 2019-2020.

	Alto risco intrínseco de quedas (Escala Downton)						p-valor*
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	N	%	
Diferença na altura das calçadas							0,400
Sim	62	56,4	48	43,6	110	60,4	
Não	36	50,0	36	50,0	72	39,6	
Piso escorregadio ou com tapetes							0,254
Sim	19	63,3	11	36,7	30	16,5	
Não	79	52,0	73	48,0	152	83,5	
Baixa iluminação ou brilho excessivo							0,727
Sim	5	62,5	3	37,5	8	4,4	
Não	93	53,4	81	46,6	174	95,6	
Presença de escada							0,735
Sim	4	44,4	5	55,6	9	4,9	
Não	94	54,3	79	45,7	173	95,1	
Corrimão nos corredores/banheiro							-
Não	98	53,8	84	46,2	182	100,0	
Lesões na pele							0,058
Sim	16	72,7	6	27,3	22	12,1	
Não	82	51,2	78	48,8	160	87,9	
Fraturas							0,099
Sim	13	72,2	5	27,8	18	9,9	
Não	85	51,8	79	48,2	164	90,1	
Imobilização							0,538
Sim	1	100,0	0	0,0	1	,5	
Não	97	53,6	84	46,4	181	99,5	

*Teste Qui-quadrado

Discussão

A prevalência de quedas neste estudo foi de 48,4%, valor não discrepante do encontrado em alguns estudos nacionais acerca de quedas em idosos da comunidade (33,3% e 34,8%)^{15,16}. Esses dados são similares ao que Nogueira *et al.*⁴ pontuou, uma estimativa de que mais de um terço das pessoas com idade igual ou superior a 65

anos tenha uma queda ao ano, podendo ser recorrente em muitos casos. O fato de já ter sofrido uma queda, por si só, aumenta consideravelmente o risco de cair novamente, cerca de 60 a 70%, no ano subsequente¹¹. Em relação ao perfil de alto risco intrínseco para quedas, sua prevalência foi de 53,85%, diferentemente do encontrado no estudo de Luiz e Brum

(86,11%)¹², uma vez que este analisou idosos institucionalizados e octogenários.

Foi evidenciado o maior risco de mulheres sofrerem quedas (60,2% das mulheres), indo ao encontro de dados de vários estudos que expuseram frequências e chances maiores de ocorrerem quedas no sexo feminino^{17,18}. Com isso, várias hipóteses são levantadas a fim de explicar esse fenômeno, ainda controverso. Supõe-se uma maior fragilidade das mulheres pela própria massa magra e força muscular, bem como maior prevalência de doenças crônicas e de uso de medicamentos, maior mobilidade e exposição a serviços domésticos e comportamentos de maior risco, com grande exposição. Observou-se maior proporção de idosos casados ou em regime de união estável.

O risco de quedas é crescente com o aumento da idade, conforme a literatura evidencia as frequências desse evento aumentando de acordo com a faixa etária¹⁸. O próprio envelhecimento proporciona alterações nos diversos sistemas biológicos, acarretando perda de equilíbrio, alterações em massas óssea e muscular, declínio dos reflexos e da coordenação motora, déficits sensoriais, sedentarismo, tudo isso favorecendo o acontecimento de quedas. No presente estudo, a prevalência de alto risco de queda na faixa de 60 a 69 anos é de 48,8%; entre 70 e 79 anos, 63,8%; entre 80-89 anos, 47,8%, provavelmente pelo número limitado da amostra; e entre 90-96 anos é de 75%.

O uso de medicações é um importante fator de risco para quedas, fato reforçado por alguns estudos^{16,18}, e apresentou forte associação com o alto risco intrínseco (66,2% dos usuários). A fisiologia do idoso passa por alterações na absorção, metabolismo e excreção das drogas, sendo mais comum nessa faixa etária, também, a concomitância de diversas patologias, predispondo o paciente à polifarmácia e interações medicamentosas acentuadas, aumentando a ocorrência de quedas¹⁹. O aumento da expectativa de vida, em concomitância com o aumento do

contingente de portadores de doenças crônicas não transmissíveis, traz consigo uma ampliação da demanda assistencial médica, na qual os medicamentos têm um papel importante, fato esse preocupante, considerando seus possíveis efeitos deletérios, especialmente entre a população idosa. As principais drogas envolvidas com o aumento do risco de quedas foram os anti-hipertensivos (56%), com alto risco em 73,5% de seus usuários. Esses medicamentos produzem hipotensão, bradicardia, sonolência e fadiga. A grande prevalência de consumo de hipotensores e suas implicações no paciente idoso já foram descritas por diversos estudos, como o de Luiz e Brum (81%)¹². Além disso, os hipoglicemiantes (20,9%) tiveram prevalência semelhante ao estudo de Fabricio *et al.* (14%)¹⁹ e, nesse estudo, 84,2% de seus consumidores compunham o grupo de alto risco para quedas.

Déficits sensoriais se constituem como elementos importantes no delineamento do risco de quedas. Neste estudo, sua prevalência foi alta (81,9% dos entrevistados), associada com alto risco em 64,4% dos que se queixaram de déficit. Alterações visuais foram referidas por 69,2% idosos, 62,7% deles constituindo o grupo de alto risco. A presença de alterações na acuidade e no campo visual, bem como catarata e glaucoma, estão relacionados com o risco de quedas, podendo comprometer a capacidade de julgar uma queda iminente e proceder à ação corretiva, o que reforça o estudo de Perracini e Ramos¹⁷, o qual indicou que a diminuição da função visual teve relação com a incidência de quedas. O envelhecimento também provoca alterações na capacidade perceptiva auditiva, importante para o deslocamento do indivíduo no ambiente, e compromete os componentes do controle postural, sensorial, efetor e o processamento central, o que facilita os riscos de acidentes e quedas²⁰. Este estudo identificou 21 idosos com alterações auditivas, apesar de um número relativamente baixo, 19 desses pacientes

(90,5%) se enquadraram na categoria de alto risco intrínseco. Esse cenário vai ao encontro do que mostrou o estudo de Duarte²¹, o qual relacionou a baixa acuidade visual e auditiva à ocorrência de quedas em idosos. Problemas nos pés, como calos, deformidades, úlceras e dor ao caminhar, também contribuem para a gênese da queda, além da diminuição da força muscular nas extremidades inferiores, que compromete a mobilidade e as atividades de vida diária^{12,22}. Durante esta pesquisa, cerca de 51 idosos (28%) queixou-se de alterações em extremidades e destes, 82,4% se incluíam no grupo de alto risco.

Apenas 20 entrevistados relataram dificuldade para deambular normalmente, sendo que 15 destes (75%) integravam a classe de alto risco para quedas, com 14 realizando uma deambulação segura, mas com ajuda. Tal cenário encontra justificativa no fato de que o idoso com marcha livre ou que utiliza bengala possui maior sensação de segurança e liberdade de locomoção, em comparação ao idoso que faz uso de andador ou cadeira de rodas, fazendo com que se exponha mais e caia mais vezes¹⁸. Inúmeros estudos realizados com a temática queda, como o de Costa *et al.*, evidenciaram que dificuldade na marcha se constitui um fator de risco, principalmente após um evento de acidente vascular cerebral²².

Com relação aos fatores extrínsecos pesquisados, uma grande quantidade de pacientes (60,4%) referiu ter dificuldades com as diferenças na altura das calçadas, uma minoria relatou domicílio com piso escorregadio ou com tapetes (16,5%), baixa iluminação ou brilho excessivo (4,4%), ou presença de escadas (4,9%). Nenhuma residência possuía corrimão nos corredores ou banheiros. Apesar de nenhum desses itens apresentarem p-valor significativo neste estudo, todos são destacados como fatores de risco para quedas em idosos em diversas literaturas, além de obstáculos no caminho, prateleiras excessivamente altas ou baixas, roupas e sapatos inadequados e órteses inapropriadas^{12,13}. O estudo de

Fabricio e col.¹⁹ elencou causas de quedas concordantes com o que foi abordado, ressaltando o piso escorregadio, objetos no chão, buscar objetos elevados, rolar da cama e problemas com degraus.

Ademais, acerca das consequências de quedas no processo de saúde do idoso, dentre os 88 pacientes que já caíram ao menos uma vez, 22 (25%) relataram lesões na pele e 18 (20,4%) sofreram fraturas. Apenas um ficou imobilizado. Esses dados vão ao encontro de dados divulgados pelo Ministério da Saúde²³, informando que ao menos um em vinte (5%) daqueles que sofreram uma queda sofreram uma fratura ou necessitem de internação. A lesão acidental é a sexta causa de morte entre idosos de 75 anos ou mais e a queda é responsável por 70% dessa mortalidade, necessitando ser valorizada, uma vez que a morte pode ser um de seus desfechos¹⁹. Além das consequências listadas, vale ressaltar as alterações psicológicas sofridas, como o medo de cair novamente ou síndrome pós-queda, relatadas por vários autores^{8,15,18,24}, que resultam em perda da independência, limitação funcional autoimposta, podendo desenvolver depressão, sentimento de impotência e isolamento social, culminando com a síndrome da imobilidade, aumentando o risco de vir a ter novas quedas.

Desse modo, o compilado de dados reunidos neste estudo reforça a necessidade de implementação de medidas visando à redução do risco de queda nos idosos da comunidade, à semelhança do que vem sendo sistematicamente revisto na literatura. Para isso, é fundamental uma abordagem multifatorial ao paciente, o que somente é possível por meio da ação integralizada e qualificada de uma equipe multiprofissional. Esforços devem ser realizados no âmbito da prevenção da ocorrência de quedas, principalmente através da atenção básica, a qual possui vínculo importante e contato direto com a população idosa. O principal objetivo das intervenções é minimizar os altos índices de morbimortalidade nesse grupo associados à

queda. Cair, portanto, tem de ser reconhecido como um problema extremamente sério para os serviços de saúde, para a sociedade e, principalmente, para o bem-estar das pessoas que caem.

Conclusão

Os principais fatores elencados neste estudo com forte associação ao alto risco de quedas em idosos foram o histórico de quedas anteriores (48,4%), o uso de medicamentos (74,7%) e a presença de déficit sensorial (81,9%). A grande prevalência dessas condições, em vínculo com a expressiva transição demográfica experimentada mundialmente, reforça a necessidade de reorganização e qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais frente a essa problemática.

O rastreio do risco de cair, multifatorial na população idosa, pode ser realizado por meio de questionários simples como a escala de Downton, além de outros instrumentos que abordem as questões comportamentais e ambientais em que o idoso está inserido. Essa investigação é necessária para que as estratégias preventivas de quedas sejam estabelecidas em momento oportuno e tenham sucesso, instituindo-se intervenções padronizadas para os múltiplos fatores de risco identificados, abordando-os com o máximo de resolução possível e moldando tais intervenções a cada indivíduo ou situação particular. Dessa forma, torna-se possível minimizar os altos índices de morbimortalidade implicados nesse cenário.

Referências Bibliográficas

1. Agência de Notícias do IBGE [internet]. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [acesso em 24 de setembro de 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.
2. Miranda GMD, Medes ACG, Silva ALA da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. Junho de 2016; 19(3):507-519.
3. Rigotti JIR. Transição demográfica. *Educ Real*. Agosto de 2012; 37(2):467-490.
4. Nogueira LV, Silva M de O, Haagen MVD, Santos R de CCS, Rodrigues EL de S. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos. *Rev Soc Bras Clin Med*. Junho de 2017; 15(2):90-93.
5. Abreu DR de OM, Novaes ES, Oliveira RR de, Mathias TA de F, Marcon SS. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciênc. saúde coletiva*. Abril de 2018; 23(4):1131-1141.
6. Rubenstein *et al.*, 1990, apud Paixão Júnior e Heckman, 2006, p. 954.
7. Freitas EV de, *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
8. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Huayta VMR, Robazzi ML do CC. Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. *Rev Esc Enferm USP*. Dezembro de 2016; 50(6):1003-1010.
9. Freitas R de, Santos SSC, Hammerschmidt KS de A, Silva ME da, Pelzer MT. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. *Rev bras enferm*. Junho de 2011; 64(3):478-485.
10. Ramos LR, *et al.* Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública*. Dezembro de 2016; 50(Suppl 2):9s.

11. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Quedas em idosos: prevenção. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s. l.]. Outubro de 2008.
12. Luiz IC, Brum AKR. Intrinsic factors for the risk of fall of the elderly at home: a descriptive study. *Online Braz j Nurs*. Agosto de 2018; 16(4):480-485.
13. Soares AT, Cabral KN. Como abordar o idoso que cai. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia [acesso em 12 de outubro de 2019]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/abordar-idoso.pdf>.
14. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Ed. UFSC; 2008.
15. Fhon JRS, Rosset I, Freitas CP, Silva AO, Santos JLF, Rodrigues RAP. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. *Rev Saúde Públ*. Junho de 2013; 47(2):266-273.
16. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, *et al*. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. Outubro de 2007; 41(5):749-756.
17. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. Dezembro de 2002; 36(6):709-716.
18. Ferreira DC de O, Yoshitome AP. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*. Dezembro de 2010; 63(6):991-997.
19. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Junior ML da C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública*. Fevereiro de 2004; 38(1):93-99.
20. Lacerda CF, Silva LO e, Canto RS de T, Cheik NC. Efeitos da adaptação às próteses auditivas na qualidade de vida, no equilíbrio e no medo de queda em idosos com perda neurossensorial. *Int Arch Otorhinolaryngol*. Junho de 2012; 16(2):156-162.
21. Duarte, GP. Fatores intrínsecos relacionados às quedas de idosos do município de São Paulo, segundo o Estudo SABE. 2010. 64 f. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
22. Costa AG de S, Oliveira AR de S, Moreira RP, Cavalcante TF, Araujo TL de. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*. Dezembro de 2010; 14(4):684-689.
23. Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). Queda de idosos. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2009.
24. Pereira AMM. A queda e suas consequências para o idoso: aspectos psicológicos e emocionais. 2006. 80 f. [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Como citar este artigo:

Neiva VRP, Moreira RLG. A Estudo da prevalência dos fatores intrínsecos e extrínsecos de risco de queda em idosos na atenção primária. *Rev. Aten. Saúde*. 2022; 20(72): 46-56..

