

Millenium, 2 (ed espec nº3), 109-116.

pt

PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES NUMA COMUNIDADE RURAL
PREVALENCE OF FALLS IN ELDERLY PEOPLE LIVING IN A RURAL COMMUNITY
PREVALENCIA DE CAÍDAS EN MAYORES RESIDENTES EN UNA COMUNIDAD RURAL

Vera Coimbra¹
Ermelinda Marques²
Cláudia Chaves³

¹ACeS Douro Sul, ARS Norte, Lamego, Portugal

²Instituto Politécnico da Guarda, Guarda, Portugal

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal.

Vera Coimbra - enf.vera.ucspsernancelhe@gmail.com | Ermelinda Marques - emarques@ipg.pt | Cláudia Chaves - claudiachaves21@gmail.com



Autor Correspondente

Vera Coimbra

ACES Douro Sul, Lugar de Calvilhe

5100-038 Lamego- Portugal

enf.vera.ucspsernancelhe@gmail.com

RECEBIDO:11 de outubro de 2018

ACEITE: 12 de fevereiro de 2019

RESUMO

Introdução: A prevalência de quedas aumenta com a idade e com o nível de fragilidade associada ao envelhecimento. Com o envelhecimento demográfico estima-se um aumento de quedas e suas consequências.

Objetivos: Determinar a prevalência de quedas e suas consequências.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Realizado numa amostra probabilística, selecionada de forma aleatória simples, com uma frequência estimada de 50% e com margem de erro aceitável de 5% e um nível de confiança de 95%.

Resultados: O estudo foi realizado numa amostra de 321 idosos, 54,5% dos quais são do sexo feminino e 45,5% do sexo masculino e com uma média de idades de 76,11±6,79 anos. A prevalência de quedas foi de 45,5% nos 12 meses anteriores à recolha dos dados, e 21,5% nos 3 últimos. Dos idosos que caíram 68,5% sofreram lesões, escoriações (32,9%), fraturas (16,4%) e contusões (15,8%).

Conclusões: As quedas são um problema nos idosos e frequentemente provocam consequências, nomeadamente, físicas. Sugere-se o estudo do impacto das quedas na vertente psicológica e social.

Palavras-chave (MeSH): Quedas; Comunidade; Envelhecimento; População Rural; Prevalência.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of falls increases with age and with the level of frailty associated with aging. With demographic aging, it is estimated an increase in falls and their consequences.

Objectives: To determine the prevalence of falls and their consequences.

Methods: Quantitative, cross-sectional and descriptive study. Performed in a probabilistic sample, randomly selected, with an estimated frequency of 50% and with an acceptable margin of error of 5% and a confidence level of 95%.

Results: The study was performed in a sample of 321 elderly people, 54.5% of whom are female and 45.5% are males and with a mean age of 76.11 ± 6.79 years. The prevalence of falls was 45.5% in the 12 months prior to data collection, and 21.5% in the last 3 months. Among the elderly who fell, 68.5% suffered injuries, abrasions (32.9%), fractures (16.4%) and bruises (15.8%).

Conclusions: Falls are a problem in the elderly and often cause physical consequences. We recommend studying the impact of falls in the elderly from a psychological and social aspect.

Keywords (MeSH): Falls; Community; Aging; Rural Population; Prevalence.

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de las caídas aumenta con la edad y con el nivel de la fragilidad asociada al envejecimiento. Con el envejecimiento demográfico se estima un aumento de caídas y sus consecuencias.

Objetivos: Determinar la prevalencia de las caídas y sus consecuencias

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo. Realizado en una muestra probabilística, seleccionada de forma aleatoria simple, con una frecuencia estimada de 50% y con un margen de error aceptable de 5% y un nivel de confianza de 95%.

Resultados: El estudio fue realizado en una muestra de 321 mayores, el 54,5% son mujeres y el 45,5% son hombres, con una media de edades de 76,11 ± 6,79 años. La prevalencia de caídas fue de 45,5% en los 12 meses anteriores a la recogida de los datos, y el 21,5% en los 3 últimos meses. De los mayores que sufrieran caídas, 68,5% presentaron lesiones, excoriaciones (32,9%), fracturas (16,4%) y contusiones (15,8%).

Conclusiones: Las caídas son un problema en los mayores y frecuentemente provocan consecuencias, en particular, físicas. Se sugiere el estudio del impacto de las caídas en el ámbito psicológico y social.

Palabras clave (MeSH): Caídas; Comunidad; Envejecimiento; Población rural; Predominio.

INTRODUCTION

Em Portugal assiste-se ao envelhecimento da população, este processo está a ser amplamente estudado e valorizado. Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (2018), no ano de 2017 cerca de 21,5% da população portuguesa tem 65 ou mais anos.

Nos idosos existe um risco acrescido de quedas, estas são a segunda causa mundial de morte por lesões acidentais ou não intencionais e um importante problema de saúde pública (American Geriatrics Society & British Geriatrics Society [AGS & BGS], 2011; World Health Organization [WHO], 2018).

Considerando os idosos residentes na comunidade, um em cada três sofre quedas e essa proporção aumenta até 50% nas pessoas com mais de 80 anos (European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention, 2015).

As quedas definem-se como um acontecimento involuntário que faz perder o equilíbrio, chegando a pessoa inadvertidamente ao chão ou a outro nível inferior (WHO, 2018).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.42), cair é: “realizar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”, que se traduz pelo “evento ou episódio – queda”.

Neste contexto e pela pertinência da temática, o objetivo do estudo é determinar a prevalência de quedas e suas consequências.

1. THEORETICAL FRAMEWORK

A prevalência refere-se ao número de casos encontrados numa população definida em determinado ponto no tempo. Pode ser influenciada por diversos fatores, podendo, no entanto, ser útil para a definição de medidas preventivas a nível dos cuidados de saúde (Beaglehole, Bonita, & Kjellström, 2003).

No que se refere à prevalência de quedas, a informação disponível assenta na descrição do próprio idoso relativamente à ocorrência de quedas e pode referir-se ao último ano, aos últimos seis meses e, algumas vezes, ao último trimestre.

Em contexto nacional, um estudo realizado numa Unidade de Saúde Familiar (USF), alerta para uma prevalência de quedas nos idosos de 40,4%, sendo mais frequentes nas mulheres, com 25,6%. Na faixa dos 65 aos 75 anos é mais frequente uma queda e a recorrência de quedas é mais frequente acima dos 85 anos (Fernandes, Nogueira & Teles, 2014). Outros estudos, realizados na comunidade em Portugal, revelam que a prevalência de quedas nos idosos foi 46% (Silva, 2012), valor este corroborado por Luzio (2014), enquanto Fernandes, Tomás e Quirino (2015) apresentam, no seu estudo, uma prevalência de quedas de 36%, sendo que 40% das mulheres refere ter caído e 24% foi a percentagem relativa aos homens.

Em Espanha verificou-se que uma em cada três pessoas maiores de 65 anos que vivem na comunidade sofre uma queda pelo menos uma vez por ano, registando-se um aumento das quedas em função do aumento da idade. A incidência anual das quedas em pessoas idosas que vivem na comunidade estima-se entre os 25% e os 33%. Considerando as pessoas com mais de 80 anos, a percentagem situa-se nos 50% (Paz Jiménez, Palomino Moral, Frías Osuna & Pina Casaso, 2014).

Nas pessoas com menos de 75 anos, as quedas são mais frequentes nas mulheres; acima desta idade, a frequência torna-se igual em ambos os sexos (Paz Jiménez et al., 2014).

A existência de história prévia de quedas está associada a um risco de recorrência de aproximadamente 50% (Laíns et al., 2014); esta recorrência associa-se ao género feminino e a uma idade de 80 anos ou mais (Soares, Moraes, Ferrioli & Perracini, 2014).

O risco de quedas e de recorrência das mesmas aumenta com a idade e com o nível de fragilidade associada ao envelhecimento (Laíns et al., 2014).

Pinho et al. (2012) apontam como principais causas extrínsecas de quedas os pisos escorregadios ou molhados (42,6%), pisos irregulares (35,2%), degrau alto e/ou desnível no piso (16,7%) e escadas sem corrimão (5,6%).

Os locais no domicílio onde ocorreram mais quedas foram a casa de banho (24,94%) e a cozinha (18,25%) (Ferretti, Lunardi & Bruschi, 2013).

Dos idosos que relatam pelo menos um episódio de queda no último ano, a causa da queda mais frequente foi tropeçar ou escorregar (50%), seguido de subir ou descer degraus sem apoio e falta de iluminação (18,8%) (Silva, 2012).

É importante considerar a prevalência de quedas e o tipo de quedas, mas também o grau de lesão que a elas se encontra associado.

As suas consequências são notórias a três níveis: para as pessoas, para o sistema de saúde e para a economia. Após a queda, as pessoas apresentam redução da qualidade de vida, aumento da ansiedade e depressão, diminuição da atividade e mobilidade, redução do contacto social, aumento do uso de medicação, maior dependência dos serviços, limitação física a longo prazo, dependência grave ou lesões fatais. As quedas podem ainda afetar a capacidade funcional, por estarem associadas a modificações anatómicas decorrentes do processo natural de envelhecimento e de diversas patologias. Para o sistema de saúde acarretam custos elevados em tratamento e reabilitação e um elevado número de pessoas idosas institucionalizadas em lares após uma queda. Ao nível da economia, conduzem a uma perda de produtividade do próprio ou dos cuidadores familiares da pessoa acidentada (European Commission, 2015).

Entre as muitas ameaças à saúde e ao bem-estar das pessoas idosas, as quedas são uma causa de morbilidade, incapacidade e morte prematura. O custo anual das quedas é estimado em 281 euros por habitante, o que significaria um custo médico direto estimado de 25 mil milhões de euros por ano para toda a região da União Europeia (European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention, 2015).

No caso concreto dos Estados Unidos, estima-se que 29 milhões de idosos sofreram quedas em 2014 e destes, 7 milhões apresentaram lesões resultantes das mesmas. Com o crescimento da população idosa, em 2030, as quedas podem afetar 49 milhões de idosos e as respetivas lesões 12 milhões (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

A prevalência de lesões por quedas é de 30,6% (Orces, 2013), e estima-se que 30% das quedas requeira tratamento médico, que resulta muitas das vezes em idas ao serviço de urgência e subsequentes hospitalizações (European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention, 2015).

Em Portugal, estima-se uma prevalência de lesões por quedas de 76% entre os 65 e 74 anos, e de 90% para o grupo etário com mais de 75 anos (Laíns et al., 2014).

As consequências fisiológicas das quedas em idosos foram identificadas, com maior incidência de referências a morte e morbilidade (21,8%), e o declínio funcional (20,6%). Outros efeitos ainda significativos foram a inatividade (14,9%), a dependência funcional, a perda de autonomia (13,7%), e a depressão, com incidência de 10,3% (Terroso, Rosa, Marques & Simões, 2014).

Uma em cada cinco quedas necessita de cuidados médicos e uma em cada vinte termina em fratura. As lesões mais frequentes são contusões, feridas e as fraturas. Destas últimas, as mais frequentes são as que envolvem o colo do fémur, o punho, o úmero e a bacia. Nas mulheres com mais de 75 anos, devido à presença de osteoporose, a probabilidade de sofrer uma fratura, com consequências no aumento da ansiedade, na perda de autoconfiança, na redução das atividades de vida diária (AVD's) e de uma sensação de medo em voltar a cair, é maior (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

Ainda segundo Laíns et al. (2014), cerca de 40 a 60% dos episódios de quedas origina algum tipo de lesão, na maioria dos casos contusões e hematomas; 7% a 10% das quedas requer tratamento médico e um terço internamento, principalmente devido a fraturas, traumatismos cranioencefálicos e lesões dos membros superiores.

As fraturas têm sido das consequências físicas as mais descritas nos vários estudos analisados. Dos 67% de idosos que sofreram lesões resultantes das quedas, 8% corresponde a fraturas (Tripathy, Jagnoor, Patro, Dhillon, & Kumar, 2015). No estudo de Silva (2012), de todos os participantes que caíram, 23,9% sofreu fratura. Por sua vez, Cruz et al. (2012) referem que dos participantes que caíram, 19% sofreu fraturas, correspondendo 3% destas a fratura do colo do fémur. Ferretti et al. (2013) referem que 92,03% dos participantes sofreu lesões, sendo as escoriações as lesões mais frequentes (46,52%), seguidas das fraturas (29,05%).

As quedas podem produzir deterioração funcional pelas lesões que acarretam e pelo medo de futuras quedas. Algumas pessoas idosas, cerca de 40%, restringem o seu nível de atividade, pelo menos temporariamente, e aproximadamente 20% não consegue, oito meses depois, recuperar o nível de atividade prévio (Paz Jiménez et al., 2014). A principal consequência das quedas foi o medo de voltar a cair, considerado "síndrome pós-queda" (Fhon et al., 2013), que não foi estudado no nosso estudo.

Até mesmo as quedas sem ferimentos podem levar à ansiedade, medo e subsequente dependência de cuidadores familiares ou inclusive admissão em instalações de prestação de cuidados de enfermagem (European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention, 2015).

O medo de cair restringe a participação da pessoa nas suas AVD's e aumenta a sua dependência de terceiros, o que pode levar à incapacidade funcional, ao isolamento social, à depressão e a uma baixa qualidade de vida. Após uma queda, aproximadamente 10% dos indivíduos pode sofrer de perda grave de autonomia, mesmo na ausência de fraturas (Laíns et al., 2014).

No que se refere à mortalidade e segundo os mesmos autores, esta aumenta exponencialmente com a idade, verificando-se que os indivíduos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade por queda seis vezes superior à dos indivíduos entre os 65 e os 79 anos.

Segundos dados comunicados pela União Europeia e a Associação Europeia de Livre Comércio, a média (anual para o ano 2010-2012) de mortes relacionadas com as quedas, entre pessoas com 65 anos ou mais, é de 35 848 (European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention, 2015).

Segundo o INE (2016), em 2014, o número total de óbitos por quedas acidentais foi de 29 na faixa etária dos 65 aos 69 anos, 65 na dos 70 aos 74 anos, 64 na dos 75 aos 79 anos, 107 na dos 80 aos 84 anos, e na dos 85 ou mais anos, foi de 211.

As orientações da US Preventive Services Task Force demonstram a evidência científica da efetividade das intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários na prevenção de quedas na comunidade idosa (Moyer, 2012).

As estratégias de prevenção eficazes podem reduzir as lesões graves, o declínio funcional, as deslocações ao serviço de urgência, as hospitalizações e o número de pessoas nos cuidados continuados (AGS & BGS, 2011). A capacitação das pessoas idosas para a prevenção das quedas tem especial relevância na melhoria da autonomia e da mobilidade, e benefícios ao nível da saúde individual e coletiva (DGS, 2012), tornando-se primordial a determinação da prevalência como indicador que permita orientar medidas preventivas.

2. METHODS

Trata-se de um estudo de tipo transversal, utilizando uma abordagem quantitativa e descritiva. A colheita de dados foi efetuada através do hétero preenchimento de um protocolo de avaliação, sendo a população-alvo constituída pelos idosos inscritos numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de uma comunidade rural.

2.1 Sample

Dos 4 988 utentes inscritos nesta unidade em setembro de 2016, 1 441 tinham idade igual ou superior a 65 anos, 33,7% tinha 80 ou mais anos, sendo a média de idades de 76,11%. A maioria era casado (68,8%) e viviam acompanhados (83,8%), passando menos de 12 horas sozinhos 83,2%. No que se refere à realização das AVD's a maioria (valores muito próximos ou mesmo acima dos 90%) da amostra revelou total independência em todas as AVD's. A amostragem foi definida de forma aleatória simples, cumprindo os critérios de inclusão e de exclusão, na forma de seleção dos idosos constituintes da amostra.

Apontaram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, ter associado o programa saúde do idoso e os idosos aceitarem e autorizarem a participação no estudo. **Apontaram-se como critérios de exclusão:** idosos institucionalizados e com história clínica de alterações cognitivo-comportamentais (levantamento no aplicativo informático Sclínico).

Utilizou-se o Epi-Info Versão 7, para o cálculo da dimensão da amostra, para uma frequência estimada de 50% e com margem de erro aceitável de 5% e um nível de confiança de 95%, devendo ser estudados 304 idosos, para garantir a representatividade da amostra. Para selecionar os idosos, procedeu-se a uma listagem e, posteriormente, utilizando uma tabela de números aleatórios, selecionaram-se os participantes. Em caso de não aceitarem a participação no estudo, desistência ou critérios de exclusão, foram selecionados aleatoriamente outros participantes até se obter o total da amostra. Foram entrevistados 323 idosos, sendo que 2 faleceram durante o estudo, ficando a amostra total constituída por 321 idosos.

2.2 Data collection instruments and procedures

A fonte de informação foi o protocolo de avaliação, de hétero-preenchimento, aplicado durante uma entrevista, de dezembro de 2016 a maio de 2017. Este foi estruturado com questões de caracterização sociodemográfica, avaliação das atividades básicas de vida diária e questões contextuais referentes à história de quedas (número de quedas no último ano, tipo de quedas, local das quedas, lesões resultantes, uso de auxiliares de marcha e visualização de quedas). Estas últimas foram construídas tendo por base o aplicativo informático Sclínico® versão 2.3.2, no que se refere à atividade diagnóstica “avaliar queda”.

No presente estudo, todos os idosos assinaram o consentimento informado, foi salvaguardada a razão do estudo, garantindo que fosse o menos invasivo possível, além de se salvaguardar a intimidade das pessoas e a confidencialidade dos dados dos inquiridos.

Como introdução ao protocolo de avaliação, foi realizada uma breve apresentação e explicação do objetivo do estudo e salvaguardada a confidencialidade dos dados.

Os idosos foram convidados a responder de forma simples e inequívoca a um conjunto de perguntas. As perguntas foram apenas as necessárias, formuladas com uma linguagem simples.

Foi pedida autorização à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (Parecer n.º 10/2017) e Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização n.º 12336/2016 referente ao Proc. n.º 18181/2016).

2.3 Statistical analysis

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizámos técnicas da estatística descritiva. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23, de 2016. As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média aritmética, média ordinal e mediana) e medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão). Na primeira análise estatística foi analisada a presença de *outliers*, a qual não se verificou.

3. RESULTS

No que respeita aos antecedentes de queda (quadro 1), verificamos que a maioria dos homens (64,4%) não caiu nos últimos doze meses, mas no sexo feminino a situação é contrária, ou seja, a maioria das mulheres (53,7%) sofreu quedas nos últimos doze meses. No total da amostra, 54,5% dos idosos não foi vítima de queda no período considerado. A maioria dos homens (65,4%) sofreu apenas uma queda, enquanto 56,4% das mulheres caiu duas ou mais vezes.

Quanto ao tipo de queda, verificamos que 46,2% dos homens tropeçou, 44,2% escorregou e 25,0% perdeu o equilíbrio. Estes tipos de queda foram também os mais frequentes no sexo feminino, mas com percentagens correspondentes de 58,5%, 25,5% e 27,6%. Igual situação se verifica na amostra total, onde 54,1% dos elementos tropeçou, 32,2% escorregou e 26,7% caiu por perda de equilíbrio.

Para a maior parte dos idosos de ambos os sexos, o local/ contexto em que ocorreram as quedas foi o exterior do domicílio, com percentagens de 82,7%, 71,3% e 75,3%, respetivamente. Seguiram-se as quedas no interior do domicílio, com as respetivas percentagens de 42,3%, 60,6% e 54,1%.

Para os homens, as principais lesões resultantes das quedas foram as escoriações (32,7%), as contusões (15,4%) e as perdas de consciência (11,5%). É de salientar que 32,7% dos homens que sofreu quedas não teve qualquer lesão aparente. As lesões mais frequentes para as mulheres que caíram foram as escoriações (33,0%), as fraturas (20,2%) e as contusões (16,0%). Neste grupo,

30,8% dos elementos não sofreu qualquer lesão aparente na sequência das quedas. Na amostra total, 32,9% teve escoriações, 16,4% fraturas e 15,8% contusões. Verificamos, ainda, que 31,5% não sofreu qualquer lesão aparente.

Quer no sexo masculino (89,0%) como no feminino (80,6%), a maioria dos idosos não usava meios auxiliares de marcha. Dos que usavam, o auxiliar de marcha referido pela maioria foi a bengala, sendo a percentagem de 68,8% no sexo masculino, 70,6% no feminino e 72,0% na amostra total.

Para a maioria dos homens (55,8%), as quedas sofridas no último ano não foram visualizadas, nas mulheres, 50% foram visualizadas. Na amostra total, 52,1% das quedas não foram visualizadas. Em ambos os sexos e na amostra total, os familiares ou visitas foram quem mais frequentemente visualizou as quedas, sendo as respetivas percentagens de 82,6%, 76,6% e 78,6%.

Quadro 1 - Caracterização dos antecedentes de queda

Variável	Sexo		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Caiu nos últimos doze meses						
Não	94	64,4	81	46,3	175	54,5
Sim	52	35,6	94	53,7	146	45,5
Quantas vezes caiu						
Uma vez	34	65,4	41	43,6	75	51,4
Duas ou mais quedas	18	34,6	53	56,4	71	48,6
Tipo de queda						
Tropeçar	24	46,2	55	58,5	79	54,1
Escorregar	23	44,2	24	25,5	47	32,2
Desmaio	3	5,8	8	8,5	11	7,5
Perda de equilíbrio	13	25,0	26	27,6	39	26,7
Outro	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Local/contexto da queda						
No interior do domicílio	22	42,3	57	60,6	79	54,1
No exterior do domicílio	43	82,7	67	71,3	110	75,3
Outros	1	1,9	4	4,2	5	3,4
Lesões resultantes da queda						
Sem qualquer lesão aparente	17	32,7	29	30,8	46	31,5
Fratura	5	9,6	19	20,2	24	16,4
Escoriação	17	32,7	31	33,0	48	32,9
Contusão	8	15,4	15	16,0	23	15,8
Laceração cutânea	3	5,8	3	3,2	6	4,1
Perda de Consciência	6	11,5	6	6,4	12	8,2
Outras	-	0,0	4	4,2	4	2,7
Uso de auxiliares de marcha						
Não	130	89,0	141	80,6	271	84,4
Sim	16	11,0	34	19,4	50	15,6
Qual o auxiliar de marcha						
Canadianas	2	12,5	4	11,8	6	12,0
Muletas	1	6,2	2	5,9	3	6,0
Bengala	11	68,8	24	70,6	36	72,0
Tripé	-	0,0	1	2,9	1	2,0
Andarilho	2	12,5	3	8,8	5	10,0
Outro	-	0,0	-	0,0	-	0,0
A queda foi visualizada						
Não	29	55,8	47	50,0	76	52,1
Sim	23	44,2	47	50,0	70	47,9
Quem visualizou a queda						
Enfermeiro	-	0,0	2	4,2	2	2,8
Assistente Operacional	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Médico	1	4,3	1	2,1	2	2,8
Outro profissional	-	0,0	1	2,1	1	2,5
Familiar/visita	19	82,6	36	76,6	55	78,6
Outro	3	5,8	11	23,4	14	20,0

4. DISCUSSION

Os resultados referentes à ocorrência de quedas revelam que a prevalência destes eventos é elevada: 45,5%. Em contexto nacional e tendo em conta os idosos residentes na comunidade, Carmo (2014) apresenta uma prevalência de 50%. Fernandes et al. (2014), por sua vez, com idosos inscritos numa Unidade de Saúde Familiar da Região Norte, apresenta uma prevalência de

quedas de 40,4%. Os valores obtidos no presente trabalho encontram-se próximos dos apresentados por Silva (2012) e Luzio (2014), 46%. Estes valores elevados de prevalência devem-se ao facto de a população ser muito envelhecida, pois metade dos idosos tinha pelo menos 76 anos, sendo a média de idades de 76,11±6,79 anos.

Dos idosos, 48,6% relata quedas recorrentes nos 12 meses anteriores à entrevista (recolha dos dados), o que vai ao encontro dos estudos prévios, segundo os quais as quedas anteriores propiciam novos eventos (Laíns et al., 2014).

Se tivermos em consideração os resultados de prevalência de quedas recorrentes de outros estudos, verificamos que Carmo (2014) apresentou um valor de 52,6%, muito superior ao encontrado por Fernandes et al. (2014): 19%. A maioria das mulheres por nós inquiridas (56,4%) caiu duas ou mais vezes, estando as quedas recorrentes associadas ao sexo feminino (Soares et al., 2014).

Quanto ao tipo de quedas, verificamos que os idosos relataram, na sua maioria, o tropeçar (54,1%), escorregar (32,2%) e perder o equilíbrio (26,7%), o que vai ao encontro do estudo de Silva (2012). De ressaltar que os obstáculos ambientais tenham contribuído para a ocorrência deste tipo de quedas.

Em relação ao local e contexto, 75,3% refere quedas no exterior do domicílio e 54,1% no interior do domicílio, resultados semelhantes aos estudos de Fernandes et al. (2014) e Carmo (2014). Este resultado poderá estar relacionado com o facto de a maioria dos idosos ser independente e manter atividades fora do domicílio, nomeadamente em terrenos agrícolas.

No que se refere aos danos pós queda, é importante destacar que apenas foram estudados danos físicos; outras consequências importantes, como o medo de cair e limitações na realização das atividades, não foram avaliadas.

Verificamos que 68,5% dos idosos sofreram lesões. Valor próximo (67,0%) foi encontrado no estudo de Tripathy et al. (2015). No nosso país, dados revelam que a prevalência de lesões por quedas se situa nos 76% nos idosos da faixa etária dos 65 aos 74 anos e 90% nos que têm mais de 75 anos (Laíns et al., 2014). As lesões mais relatadas foram as escoriações (32,9%), fraturas (16,4%) e contusões (15,8%). Segundo a DGS (2012), as lesões mais frequentes são contusões, feridas e fraturas. A ocorrência de fraturas foi significativa (16,4%), comparada com os valores de 14,5% e 12,1% apresentados por Carmo (2014). Contudo, valores superiores 23,9%, 19%, 29,05% foram encontrados, respetivamente, por Silva (2012), Cruz et al. (2012) e Ferretti et al. (2013).

Na maioria dos casos (52,1%), as quedas não foram visualizadas, embora os idosos vivam na sua maioria acompanhados 83,8% e passem menos de 12 horas sozinhos 42,7%, o que não acontece no estudo de Fernandes et al. (2014), em que esse valor corresponde apenas a 26%.

CONCLUSIONS

O presente estudo permitiu caracterizar, na amostra selecionada, a prevalência de quedas e suas consequências, o que possibilitou a obtenção de conhecimentos que deram resposta ao objetivo formulado e que a seguir sintetizamos.

A prevalência de quedas nos idosos foi de 45,5% nos 12 meses anteriores à recolha dos dados, e 21,5% nos 3 últimos, dados que nos alertam para a necessidade de intervir na área da prevenção das quedas.

Os idosos, na sua maioria, tropeçaram (54,1%), escorregaram (32,2%) e perderam o equilíbrio (26,7%), sendo que 52,1% das quedas não foram visualizadas. Os fatores e obstáculos ambientais devem ser estudados nesta população, quer no interior do domicílio, quer no exterior, dado que 75,3% dos idosos refere quedas no exterior do domicílio e 54,1% no interior do domicílio.

Dos 68,5% dos idosos que caíram sofreram lesões: escoriações (32,9%), fraturas (16,4%) e contusões (15,8%). Sugere-se o estudo das consequências psicológicas e sociais, de realçar o medo de futuras quedas.

Como limitações apontamos o facto de a avaliação da prevalência de quedas basear-se na memória dos idosos para o evento e o critério de exclusão incluir os idosos que tenham história clínica de alterações cognitivo comportamentais, que por si só é fator preditivo maior para as quedas, e poderia potencializar uma prevalência ainda mais elevada.

REFERENCES

- American Geriatric Society & British Geriatrics Society. (2011). Summary of the Updated American Geriatric Society/ British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148-157.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Carmo, I. (2014). *Risco de Queda em Idosos na comunidade: contributo para a construção de um instrumento de avaliação* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9499/1/versao%20definitiva.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Older Adult Falls*. Acedido em <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalafety/falls/>

- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cruz, D. T., Ribeiro, L. C., Vieira, M. T., Teixeira, M. T. B., Bastos, R. R. & Leite, I. C. G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 138-146.
- European Commission. (2015). *Falls prevention for older people: A European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing priority*. Acedido em <http://profound.eu.com/wp-content/uploads/2015/06/A2.pdf>
- European Stakeholders Alliance for Active Ageing through Falls Prevention. (2015). *Joint Declaration Active Ageing through Falls Prevention*. Amsterdam: EuroSafe. Acedido em http://www.eunaapa.org/wp-content/uploads/2015/09/Joint-Declaration_Sept-2015.pdf
- Fernandes, A., Nogueira, M. N. G. & Teles, P. (2014). Risco de Queda dos idosos, de uma Unidade de Saúde Familiar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 92(9), 68-75.
- Fernandes, B., Tomás, M. T. & Quirino, D. (2015). *Avaliação funcional, equilíbrio e risco de queda em idosos independentes residentes na comunidade no concelho de Loures*. Acedido em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/6301>
- Ferretti, F., Lunardi, D. & Bruschi, L. (2013). Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioterapia em Movimento*, 26(4), 753-762.
- Fhon, J. R., Rosset, I., Freitas, C. P., Silva, A. O., Santos, J. L. & Rodrigues, R. A. (2013). Prevalence of falls among frail elderly adults. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 266-273.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estimativas de População Residente em Portugal 2017*. Lisboa: INE, IP.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE, IP.
- Laíns, J., Campos, I., Almeida, A. R., Melo, D. M., Morais, F. F., Violante, M. & Constantino, J. (2014). Quedas nos idosos. In Veríssimo, M. T. *Geriatría fundamental: Saber e praticar*. (pp. 345- 352). Lisboa: Lidel.
- Luzio, D. (2014). *Prevenção de fraturas do fémur proximal nos idosos: uma proposta de intervenção para a redução do risco de quedas* (Tese de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://hdl.handle.net/10216/72385>
- Moyer, V. A. (2012). Prevention of falls for Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 3(157), 197-205.
- Orces, C. H. (2013). Prevalence and Determinants of Falls among Older Adults in Ecuador: An Analysis of the SABE I Survey. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Acedido em NCBI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202308/>
- Paz Jiménez, J., Palomino Moral, P. A., Frías Osuna, A. & Pina Casaso, R. (2014). Accidentes en personas mayores: las caídas y su prevención. In Martínez Riera, J. & Del Pino Casado, R. *Manual Práctico de enfermería comunitária*. (pp. 11-17). Madrid: Elsevier.
- Pinho, T. A. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Gurgel, S.N., Smith, A. A. F. & Bezerra, V.P. (2012). Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 320-327.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e Formulário de Candidatura*. Lisboa: DGS.
- Silva, N. (2012). *As quedas nos idosos: a importância da Educação para a Saúde* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Acedido em [file:///C:/Users/enfermagem/Downloads/TeseEPS_Quedas%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/enfermagem/Downloads/TeseEPS_Quedas%20(1).pdf)
- Soares, W. J. S., Moraes, S. A., Ferriolli, E. & Perracini, M. R. (2014). Fatores associados a quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 49-60.
- Terroso, M., Rosa, N., Marques, A. T. & Simões, R. (2014). Physical consequences of falls in the elderly: a literature review from 1995 to 2010. *European Review of Aging and Physical Activity*, 11(1), 51-59.
- Tripathy, N. L., Jagnoor, J., Patro, B. K., Dhillon, M. S. & Kumar, R. (2015). Epidemiology of falls among older adults: A cross sectional study from Chandigarh, India. *Injury, International Journal of the Care of the Injured*, 46(9), 1801-1805.
- WHO. (2018). *Falls*. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>