

PREDITORES DE QUEDA ENTRE IDOSOS DA COMUNIDADE

Camila Romanato Ribeiro; Ingrid Vitória de Sousa Araújo; Nayara Cândida Gomes; Janaína Santos Nascimento; Darlene Mara dos Santos Tavares.

Com o processo de envelhecimento surgem modificações no corpo como a sarcopenia, que causa uma redução da força muscular, assim como a osteopenia que enfraquece o componente esquelético, contribuindo para uma condição mais frágil¹. Estes aspectos refletem na postura, na maneira de deambular e no equilíbrio, podendo favorecer a ocorrência de quedas², que se configura como uma ameaça à vida, à saúde e à capacidade funcional dos idosos, caracterizando-a como uma das síndromes mais incapacitantes e preocupantes². Nesse sentido, sua prevalência tem importância singular para a área da saúde pública². Contudo, uma revisão sistemática, verificou que a causalidade das quedas é complexa, à medida que muitos fatores de risco atuam simultaneamente², o que reforça a necessidade do desenvolvimento de outras investigações que possibilitem ampliar as variáveis estudadas em relação à ocorrência de quedas. Assim, pretende-se ampliar a discussão em relação ao desempenho físico, à capacidade funcional e à síndrome de fragilidade. Este é um tema que merece atenção e conhecimento não só daqueles que são vítimas desse processo, mas de todos os que apresentam relação direta com pessoas idosas, principalmente os profissionais de saúde¹. Portanto, esse trabalho tem como objetivos calcular a prevalência de quedas, nos últimos 12 meses, entre idosos da comunidade; descrever o perfil das quedas, segundo: número, tipo, local, causa e consequência; verificar a ocorrência de quedas em idosos da comunidade, segundo características sociodemográficas e de saúde. Estudo de abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, transversal, observacional e analítico. Para seleção dos sujeitos utilizou-se a técnica de amostragem por conglomerado em múltiplos estágios. Para o cálculo amostral foi considerado como desfecho principal a prevalência de quedas de 33,3%³, com precisão de 3,5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 36.703 idosos, obtendo-se uma amostra de 684 sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de tentativas de entrevistas foi de 855. Foram entrevistados 767 idosos; nos quais 612 realizaram a entrevista completa, 154 apresentaram declínio cognitivo e um endereço não foi localizado. Os critérios de inclusão considerados foram: ter 60 anos ou mais de

idade, residir na zona urbana do município de Uberaba-MG. Foram excluídos os idosos com declínio cognitivo avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental; não localizados após três tentativas pelo entrevistador; hospitalizados e/ou institucionalizados. Para a avaliação da fragilidade foi considerado também os critérios: apresentar sequelas graves de acidente vascular encefálico com perda localizada de força e afasia; doença de *Parkinson* em estágio grave ou instável com associação de comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade que impossibilitar a realização das avaliações. Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos, de março a junho de 2016, por meio de entrevista direta. Os dados sociodemográficos, os indicadores clínicos e de saúde, as morbidades e queixas autorreferidas pelo idoso e a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses foram coletados em instrumento construído pelo Grupo de Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A capacidade funcional foi avaliada por meio do Índice de *Katz*, da Escala de *Lawton e Brody* e do Questionário estruturado, contendo 13 questões de natureza social. O desempenho físico foi avaliado pela versão brasileira *Short Physical Performance Battery*. A síndrome de fragilidade foi identificada por meio dos cinco itens descritos como componentes do fenótipo de fragilidade, propostos por *Fried et al (2001)*⁴. Para a análise, o banco de dados foi importado para o *software Statistical Package for The Social Sciences (SPSS®)*, versão 17.0. Os dados foram submetidos à análise descritiva. Para verificar os fatores relacionados às quedas foi realizada análise bivariada preliminar, empregando-se razão de prevalência e razão de chances de prevalência, o teste *qui-quadrado* para variáveis categóricas e teste *t-student* para as consideradas numéricas. Este estudo considerou o intervalo de confiança de 95% e o nível de significância de $p < 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFTM, protocolo nº 573.833. Após a anuência do idoso e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conduziu-se a entrevista. Entre os 612 idosos, constatou-se que 24,7% tiveram quedas nos últimos 12 meses. O número de quedas variou de uma a 12 vezes no último ano, com média de duas quedas por idoso (± 2 quedas), sendo que 64,9% tiveram um episódio de queda e 35,1% duas ou mais, ou seja, quedas recorrentes. Quanto aos tipos de quedas, 84,1% relataram ter caído da própria altura. No que diz respeito ao local da queda, pátio/quintal foi o espaço de maior ocorrência com 22,5% dos casos. As principais causas intrínsecas foram alterações de equilíbrio (53,6%) e tontura/vertigem (17,2%). Dentre os fatores extrínsecos os pisos irregulares ou com buracos (33,8%) e pisos escorregadios ou molhados (25,2%) estiveram entre as causas mais frequentes.

Quando questionados sobre as consequências imediatas e permanentes da queda, 9,9% dos idosos referiram à necessidade de hospitalização, com 2,0% deles com a necessidade de intervenção cirúrgica devida fratura óssea em membros superiores e quadril. Apesar de 45,7% não apresentarem consequências imediatas, 37,1% das quedas causaram escoriações, 9,9% fratura tipo fechada e 4,6% entorse/luxações. As consequências permanentes da queda estiveram presentes em 54,3% dos idosos, sendo que 48,8% afirmaram ter medo de cair novamente, 18,3% relataram que a queda afetou o andar, e 32,9% apontaram repercussões como necessidade de ajuda para as atividades de vida diária (12,2%), perda da autonomia (11,0%) e depressão/isolamento (9,7%). Dentre os idosos que sofreram quedas, os maiores percentuais registrados foram relativos ao sexo feminino (27,9%); com 80 anos ou mais (37,1%); sem escolaridade (33,3%); que moravam sozinhos (30,9%); sem companheiro (29,6%); com autopercepção de saúde negativa (30,3%); dependentes nas atividades básicas de vida diária (42,9%) e atividades instrumentais de vida diária (26,9%); com menor participação nas atividades avançadas de vida diária (34,1%); pré-frágeis/frágeis (29,4%) e com desempenho físico baixo/ruim (38,7%). Na comparação entre os grupos, a maior proporção dos idosos que sofreu quedas era do sexo feminino ($p=0,004$); com 80 anos ou mais ($p=0,001$); sem escolaridade ($p=0,026$); morava só ($p=0,049$); sem companheiro ($p=0,002$); com autopercepção de saúde negativa ($p<0,001$); dependente para atividades básicas de vida diária ($p=0,049$) e atividades instrumentais de vida diária ($p=0,027$); com menor participação nas atividades avançadas de vida diária ($p=0,003$); pré-frágeis/frágeis ($p<0,001$) e com desempenho físico baixo/ruim ($p<0,001$). A maior atuação dos profissionais de saúde na prevenção de quedas poderá diminuir as consequências negativas deste evento sobre a saúde dos idosos. Assim, pretende-se com esse estudo, motivar os enfermeiros a buscarem maiores conhecimentos sobre fatores associados à ocorrência de quedas com a finalidade de melhor orientação, acompanhamento e prevenção de possíveis problemas de saúde, hospitalização e até mesmo a morte desses indivíduos.

Descritores: Idoso; Acidentes por quedas; Enfermagem geriátrica.

Eixo temático: Eixo 2 - Políticas públicas e redes de atenção à pessoa idosa.

Referências

1. Vries JO, Peeters GMEE, Lips P et al. Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. *Osteoporos Int.* 2014; 24(9): 2397-403.

2. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014; 17(1):201-9.
3. Fhon JRS et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. Rev Saúde Pública. 2013; 47(2):266-73.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56(3):146-56.