

Quedas em Instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados

Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho¹, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe²

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Escola. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. E-mail: crbaixinho@esel.pt.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Leiria, Portugal. E-mail: manjos.dixe@gmail.com.

RESUMO

As quedas são o principal acidente nos idosos e têm repercussões na funcionalidade. Os idosos por medo de nova queda impõem ou vêm ser-lhes impostas restrições à sua atividade. Estudo longitudinal prospectivo, realizado em 104 idosos institucionalizados, ao longo de seis meses, com os objetivos: determinar a prevalência de quedas, caracterizar a queda quanto ao local, horário, lesões resultantes, vigilância do idoso, atividade que estava a ser executada no momento da queda e relacionar a ocorrência de queda com o risco de queda, diagnósticos médicos, número de medicamentos que o idoso faz uso, tipo de medicamento, grau de dependência, idade e sexo. A prevalência de quedas foi de 37,5%, estas ocorrem predominantemente no quarto, durante a marcha ao levantar da cama. Tem maior prevalência de quedas quem tem risco na escala de Morse ($p=0,034$) e consome sedativos ($p=0,007$). Este estudo permite fazer sugestões para a prática, formação e investigação.

Descritores: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Acidentes por Quedas; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Falls are the main accident for older adults, with consequences on functionality. Older adults impose restrictions or have restrictions imposed on their activities for fear of new falls. This prospective longitudinal study was conducted with 104 institutionalized older adults during six months with the following goals: to determine the prevalence of falls, to characterize the falls according to place, time, resulting injuries, supervision of the older adult, action performed at the time of the fall, and to relate the occurrence of the fall to the risk of falling, medical diagnoses, number of medications in use, type of medication, degree of dependency, age, and gender. The prevalence of falls was 37.5%, and they happened mostly in the bedroom, while walking after getting up from the bed. Those under risk in the Morse Fall Scale ($p=0.034$) and on sedatives ($p=0.007$) face a higher prevalence of falls. This study enables the possibility of making suggestions for practice, training and investigation.

Descriptors: Homes for the Aged; Accidental Falls; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

A estimativa de envelhecimento populacional é de que em 2020 as pessoas idosas representem 20,4% e em 2030 24,2% da população mundial. O Índice de Envelhecimento deve aumentar para 146,5% e 190,3%, respectivamente⁽¹⁾.

Esta transição demográfica configura uma alteração clara nos problemas de saúde pública, com novos perfis etiológicos de morbidade e mortalidade, sendo os fatores de risco de queda uma clara influência nesses perfis.

A relação entre queda e a institucionalização do idoso é complexa pela própria direcionalidade relacional contribuindo, na maioria das vezes, para a decisão de entrada dos idosos em instituições de longa permanência (ILPI)⁽²⁾. Porém, também pode ser consequência da institucionalização, já que a sua incidência é maior e as consequências mais nefastas quando comparadas com as que ocorrem na comunidade⁽³⁾.

Quedas são a principal razão dada pelos familiares para procura de uma ILPI, sobretudo, quando os idosos as têm repetidas vezes e com consequências graves⁽²⁾. Após a institucionalização estas podem afetar os idosos, já que o ter caído anteriormente é um fator de risco para a nova queda⁽³⁾.

A incidência estimada de queda em idosos em ILPI é de 34% a 67%⁽⁴⁾, sendo um problema sério e global⁽⁵⁻⁶⁾. A sua ocorrência é significativamente superior⁽⁶⁻⁸⁾ a da comunidade, já que aproximadamente 60% dos idosos caem anualmente⁽⁹⁾, podendo um em dois idosos ter novas quedas em seis meses⁽⁸⁾, levando à perda de autonomia e independência⁽¹⁰⁾ e podem modificar a necessidade de cuidados.

Para além dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos identificados para os idosos residentes na comunidade, a literatura apresenta outros para a população que está institucionalizada, por serem menos independentes e mais frequentemente afetados por doenças crônicas quando comparados com os não institucionalizados⁽³⁾. O espaço físico e a própria presença

dos funcionários tornam o ambiente diferente do domicílio e podem constituir em si um risco acrescido⁽³⁾. A incidência maior de quedas em idosos residentes em ILPI é explicada pelo sofrimento com a ausência de familiares, ausência de atividade física e maior carga de doenças e incapacidades⁽¹¹⁾.

Alguns idosos são institucionalizados ainda independentes ou com dependências leves, mas a perda da rotina diária e a desobrigação da realização de uma série de atividades do dia-a-dia, contribui para o aumento da inatividade, para a redução da aptidão física e, conseqüentemente, para o aumento do risco de quedas, da mobilidade e mortalidade⁽⁸⁾.

Apesar de existir evidência sobre os fatores de risco^(3,7,9-10,12) e medidas preventivas^(2,4-10), os resultados dos estudos não são suficientes para compreender a complexidade deste fenômeno, sobretudo, com idosos institucionalizados.

A objetivação dos fatores de risco é crucial para a implementação de medidas preventivas, individualizando-as face ao risco identificado⁽⁵⁻⁷⁾ por isso consideramos importante aprofundar esta questão. Assim, foram objetivos deste estudo: Determinar a prevalência de quedas em idosos institucionalizados; Caracterizar a queda quanto ao local, horário, lesões resultantes, vigilância do idoso, atividade que estava sendo executada no momento da queda; Relacionar a ocorrência de queda com o risco de queda, diagnósticos médicos, número de medicamentos que o idoso faz uso, tipo de medicamento, grau de dependência, idade e sexo.

MÉTODO

Estudo longitudinal e prospetivo, realizado em uma ILPI, de janeiro a junho de 2014. A amostra foi constituída por 104 idosos de uma ILPI. A população de idosos era de 106 pelo que a taxa de adesão ao estudo foi de 98,1%. Os critérios de inclusão foram ter 65 ou mais anos e estarem institucionalizados. Os dois utentes que foram excluídos tinham menos de 65 anos.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento para registo dos episódios de queda onde constava idade, sexo, tempo de institucionalização, prática de exercício físico, dia, hora e local de queda, mecanismo de queda, lesões resultantes, se a queda foi ou não testemunhada, quem observou o idoso após o incidente, se houve necessidade de observação por um técnico de saúde e medidas adotadas após a queda.

Para além destes dados recolhidos, também foram avaliados outros aspectos como o risco de queda, utilizando a escala de Morse adaptada e validada para a realidade portuguesa⁽¹³⁾. Os itens em avaliação na escala são: historial de quedas, diagnóstico(s) secundário(s), ajuda para caminhar, terapia intravenosa, postura no andar e transferência e estado mental. A pontuação da escala varia entre zero e 125 pontos, sendo os idosos classificados em sem risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51)⁽¹³⁾. Também se avaliou o grau de dependência por meio da Escala Modificada de Barthel validada para a realidade portuguesa⁽¹⁴⁾ que avalia a independência/dependência nas atividades de vida diária: higiene pessoal, banho, vestir-se, alimentar-se, transferências, subir/descer escadas, marcha (ou deslocar-se em cadeira de rodas), eliminação intestinal e eliminação vesical. A escala pontua entre zero e 100 pontos, classificando a pessoa em dependência total (0-20), dependência severa (21-60), dependência moderada (61-90), dependência leve (91-99) e independente (100). O Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através do peso e altura ($\text{peso}/\text{altura}^2$), retirado do processo clínico do utente, adotando-se a classificação de IMC recomendada pela OMS para a população idosa⁽¹⁵⁾ e a observação da qualidade de marcha para a identificação de alterações⁽¹⁶⁾. Também foram consultados os registos em prontuário dos diagnósticos médicos, terapêutica, quedas anteriores e utilização de auxiliar de marcha.

Para o tratamento de dados utilizou-se a estatística descritiva (frequências relativas e absolutas, média e desvio padrão) e estatística inferencial não paramétrica (Manny Whitney e Qui Quadrado) em virtude das

variáveis em estudo não terem distribuição normal (determinado por meio do teste de Kolmogorof-Smirnov), considerado significativo um valor de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica Portuguesa. Os idosos sem declínio cognitivo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 104 idosos 69,2% é do sexo feminino e 30,8% do sexo masculino, com média de 81,9 anos (DP=6,9), com um mínimo de 65 anos e um máximo de 98 anos.

Quanto à prática de atividade física 9,6% dos idosos respondem afirmativamente. Destes 50% pratica duas vezes por semana e os outros 50% três vezes por semana sendo a duração de cada sessão de 30 minutos.

Existe uma elevada percentagem de idosos que não é capaz de andar (41,3%) e 28,8% utiliza uma ajuda técnica para a marcha. Dos 29,8% que não utilizam uma ajuda para deambular, somente 9,6% não apresentam alterações na marcha.

Quanto ao IMC 34,6% apresenta um peso adequado para a sua altura, 38,3% tem excesso de peso, 17,3% é obeso, 2,9% tem obesidade mórbida e 6,7% tem baixo peso.

Dos 104 participantes 7,7% são totalmente independentes, 92,3% são dependentes de qualquer tipo de ajuda para a satisfação das suas atividades de vida (AVD). Apresentam dependência leve 26%, moderada 23,1%, severa 14,4% e 28,8% são totalmente dependentes.

Em relação ao número de medicamentos tomados diariamente varia entre zero e 15, alguns dos quais duas ou mais vezes por dia, 52% da amostra consome oito ou mais medicamentos diferentes.

Os fármacos mais consumidos são os antihipertensivos (58,7%), os antiácidos/antiulcerosos (53,8%), os laxantes (47,1%), os anticoagulantes/antitrombóticos (45,2%), as benzodiazepinas (37,5%) e os antidepressivos (36,5%). O

mais frequente é o consumo de um único medicamento de cada grupo farmacológico (Tabela 1).

A análise da Tabela 2 permite concluir que os diagnósticos mais comuns na população em estudo são a hipertensão arterial (55,8%), a síndrome demencial (18,3%), a diabetes mellitus (16,3%) e o Alzheimer (14,4%).

A avaliação do risco de queda, utilizando a escala de Morse, permitiu identificar que 29,8% da população não apresenta risco de queda, a maioria tem baixo risco de queda (53,9%) e 16,3% tem alto risco para a queda. Os dados da monitorização das quedas, revelam que 37,5% sofreu, pelo menos, uma queda, ao longo dos seis meses.

O número de quedas variou entre uma e seis, sendo que 23,1% sofreu uma, 7,7% duas, 1,9% três, 1,9% quatro, 1,9% cinco e um idoso caiu seis vezes em seis meses. Os idosos caem ao longo dos três turnos, 47,9% das quedas ocorreram no turno da manhã, 22,5% no da tarde e 28,2% no da noite. Não foi possível determinar o horário de ocorrência de uma queda (1,4%).

Relativamente ao local de queda, estas ocorrem predominantemente no quarto, registando-se 30%, na sala 28,5% e no banheiro 21,5%, aconteceram durante a marcha 37,1% e ao levantar da cama 25,7% (Tabela 3).

Tabela 1: Distribuição tipo de medicação em uso pelos idosos. Lisboa, Portugal, 2014.

Medicamentos	Nº	%
Antihipertensivo	61	58,7
Vasodilatadores	20	19,2
Antiarrítmicos	9	8,7
Antidislipídicos	23	22,1
Anticoagulantes/antitrombóticos	47	45,2
Antiácidos/antiulcerosos	56	53,8
Laxantes	49	47,1
Antieméticos/antivertiginosos	12	11,5
Antiparkinsonianos	15	14,4
Tratamento alterações cognitivas	7	6,7
Benzodiazepinas	39	37,5
Sedativos	27	26
Analgésicos/antipiréticos	10	9,6
Analgésicos estupefacientes	8	7,7
Psicofármacos	17	16,3
Antipsicóticos	36	34,6
Antidepressivos	38	36,5
Hormonas da tiróide	4	3,8
Antihistamínicos	5	4,8
Corticosteróides	8	7,7
Diuréticos	31	29,8
Antiinflamatórios	17	16,3
Relaxantes musculares	2	1,9
Antiasmáticos e broncodilatadores	8	7,7
Antiepilépticos	12	11,5
Antidiabéticos orais	14	13,5
Insulina	1	1
Antibióticos	1	1
Tratamento alzheimer	13	12,5
Analépticos	1	1
Outros	58	55,8

Tabela 2: Distribuição da amostra quanto aos diagnósticos. Lisboa, Portugal, 2014.

Diagnóstico	N	%
Hipertensão arterial	58	55,8
Insuficiência cardíaca	10	9,6
Diabetes mellitus	17	16,3
DPOC	9	8,7
Asma	2	1,9
Parkinson	8	7,7
Alzheimer	15	14,4
Depressão	25	24
Acidente Vascular Cerebral	25	24
Osteoporose	14	13,5
Amputação	2	1,9
Etilismo	5	4,8
Doença psicótica	7	6,7
Insuficiência arterial	4	3,8
Epilepsia	2	1,9
Síndrome demencial	19	18,3
Cancro	9	8,7
Patologia tiróide	4	3,8
Outros	9	8,7

Tabela 3: Distribuição da atividade que o idoso realizava no momento de queda. Lisboa, Portugal, 2014.

Nº da queda	Levantar cama	Deitar cama	Sentar sanita	Levantar sanita	Durante duche	Levantar sofá	Durante marcha	Outro	
1ª queda	11	1	2	0	3	4	13	4	
2ª queda	4	0	0	4	1	0	6	0	
3ª queda	1	0	0	0	1	1	4	0	
4ª queda	2	1	0	1	1	0	0	1	
5ª queda	0	0	0	0	1	0	2	0	
6ª queda	0	0	0	0	0	0	1	0	
Total	N	18	2	2	5	7	5	26	5
	%	25,7	2,8	2,8	7,2	10	7,2	37,1	7,2

Em relação à presença de um profissional no momento da queda constata-se que a maioria (66,7%) aconteceu na ausência do mesmo, na maioria das situações, as quedas que não resultaram em lesões foi 58,7%, as lesões leves 24,2%, as moderadas 14,3% e as graves 2,8%. Do total de quedas 8,8% dos idosos foram encaminhados para o hospital para observação e realização de exames complementares de diagnóstico.

Após o primeiro episódio 86,7% dos idosos afirmam ter medo de nova queda, 45,2% restringiu ou viu restrita a sua atividade e 32,3% foram alvo de restrição física da mobilidade (grades, cinto de imobilização). Pela aplicação do teste de Mann-Whitney testaram-se as hipóteses de haver relação entre quem caiu e não caiu com a idade, o número total de medicamentos, grau de dependência

avaliado pela escala modificada de Barthel e risco de queda avaliado pela escala de Morse para $p < 0,05$.

Não foram encontradas associações entre a ocorrência de quedas e o grau de dependência ($p=0,133$), a idade ($p=0,297$) e o total de medicamentos tomados ($p=0,388$). A ocorrência de quedas é superior em quem tem risco de queda ($p=0,034$), avaliado pela escala de Morse, conforme apresentado na Tabela 4.

A utilização do teste do Qui Quadrado (χ^2) não revelou diferença estatística entre quem caiu e não caiu e o tipo e número de diagnósticos ($p=0,513$).

Em relação aos medicamentos conclui-se que o consumo de sedativos aumenta o risco de queda ($p=0,007$) (Tabela 5).

Tabela 4: Resultados da aplicação do teste U de Mann Whitney entre a ocorrência de quedas e a idade, nº de medicamentos, grau de dependência e risco de queda (escala de Morse). Lisboa, Portugal, 2014.

	Ocorrência de queda	N	Média das ordens	Mann Whitney-U	Z	P
Idade	Sim	39	56,47	1112,500	-1,043	0,297
	Não	65	50,12			
N.º de medicamentos	Sim	39	55,78	1139,500	0,-863	0,388
	Não	65	50,53			
Grau de dependência (Barthel)	Sim	39	58,23	1044,000	-1,502	0,133
	Não	65	49,06			
Risco de queda (Morse)	Sim	39	60,31	963,000	-2,123	0,034
	Não	65	47,82			

Tabela 5: Resultados da aplicação do teste do qui quadrado entre a ocorrência de queda do idoso e grupo farmacológico consumido pelo mesmo. Lisboa, Portugal, 2014.

Grupo Farmacológico	Queda	χ^2	P	Grupo Farmacológico	Queda	χ^2	P
Antihipertensivo	sim 21	0,595	0,285	Antidepressivos	sim 17	1,33	0,172
	não 40				não 21		
Vasodilatador	sim 6	0,594	0,308	Hormonas tiróide	sim 2		*
	não 14				não 2		
Antiarritmico	sim 4		*	Antihistamínico	sim 2		*
	não 5				não 3		
Antidislipidémico	sim 12	2,713	0,081	Coricosteróides	sim 1		*
	não 11				não 7		
Anticoagulantes/antitrombóticos	sim 19	0,313	0,360	Diuréticos	sim 16	3,75	0,44
	não 28				não 15		
Antiácidos/antiulcerosos	sim 20	0,165	0,419	Antiinflamatórios	sim 7	0,117	0,467
	não 36				não 10		
Laxantes	sim 20	0,435	0,324	Relaxantes musculares	sim 1		*
	não 29				não 1		
Antieméticos/antivertiginosos	sim 6	0,904	0,260	Antiasmáticos Broncodilatadores	sim 3		*
	não 6				não 5		
Antiparkinsonicos	sim 7	0,628	0,303	Antipiléticos	sim 6	0,904	0,260
	não 8				não 6		
Trat. alterações cognitivas	sim 4		*	Antineoplásicos	sim 1		*
	não 3				Não 2		
Ansiolíticos benzodiazepínicos	sim 15	0,025	0,519	Anti Diabéticos Oraís	sim 2		*
	não 24				não 12		
Sedativo	sim 16	7,36	0,007	Insulina	sim 0		*
	não 11				não 1		
Analgésico antipirético	sim 4		*	Antibiótico	sim 1		*
	não 6				não 0		
Analgésico estupefaciente	sim 3		*	Tratamento Alzheimer	sim 7	1,69	0,160
	não 5				não 6		
Psicofármacos	sim 5	0,567	0,321	Analéptico	sim 0		*
	não 12				não 1		
Antipsicóticos	sim 0		*	Outros	sim 1		*
	não 1				não 2		

*não foi aplicado o teste estatístico devido ao facto de vários grupos terem n inferior a 5

Recorrendo ao teste do Qui-Quadrado concluímos que, para esta população, não há relação entre a ocorrência de quedas e o sexo ($p=0,584$).

DISCUSSÃO DOS DADOS

A prevalência de quedas encontrada nesta investigação é semelhante à de outros estudos com idosos institucionalizados, nomeadamente: 32, 5%⁽¹²⁾, 33,5%⁽¹⁷⁾ e 38,9%⁽¹¹⁾.

Alguns estudos demonstraram valores superiores com 48,8%⁽¹⁸⁾ e 68%⁽¹⁹⁾ dos idosos institucionalizados que

sofreram, pelo menos, uma queda num período de um ano. Outro estudo apresenta valores inferiores na ordem dos 12% de quedas, em 30 dias⁽²⁰⁾.

Estas disparidades nos resultados das pesquisa podem ser atribuídas nas diferenças de idade, o grau de dependência, o ambiente físico das diferentes instituições, aliados à legislação para a construção e acessibilidade das mesmas e até fatores culturais^(3,12).

Os dados apontam um elevado número de quedas recorrentes. Os resultados de uma pesquisa no Brasil revelou que dos 32,5% idosos que sofreram quedas, 42,3% tiveram apenas uma queda, 22,5% duas quedas e 35,2% tiveram três ou mais quedas⁽¹²⁾. Um estudo em Portugal revelou que 40% caíram uma vez, 8% duas vezes e 20% sofreram três ou mais quedas⁽¹⁹⁾. A maioria dos idosos que caíram tiveram nova queda, 68%, 21% e 12% tiveram, respetivamente, 1, 2, ≥3 quedas⁽²⁰⁾.

As quedas ocorreram, sobretudo, no turno da manhã o que vai de encontro aos resultados de uma pesquisa que revela uma incidência elevada entre as 10 e as 12 horas no turno da manhã e no da noite entre as duas e as oito horas⁽²¹⁾. Em outro estudo, a maior ocorrência de quedas deu-se no turno da tarde (50,7%), seguido do da manhã (35,2%) e com menos episódios de queda aparece o turno da noite (14,1%)⁽¹²⁾. Durante a tarde a maioria das quedas ocorre entre as seis e as 21 horas, com um aumento das quedas entre as 18 e as 21 horas⁽⁸⁾. Há estudos que referem o turno da noite como aquele que mais predispõe à ocorrência de quedas^(19,22).

Estas diferenças podem estar relacionadas com a organização dos cuidados nos diferentes turnos e com o número de profissionais face ao número de idosos. Tal aspecto merece outros estudos para melhor entender esse fenómeno.

Tal como em outras investigações^(8,12-17,22-23) os resultados demonstram que as quedas acontecem essencialmente no interior dos ILPI. Há estudos que apresentam uma incidência inferior, 72,5%⁽²⁴⁾, 70,8%⁽¹⁷⁾ e 69,1%⁽¹²⁾.

O espaço geográfico onde ocorrem as quedas não varia nas diferentes investigações, que referem como local preferencial de ocorrência de queda o quarto^(8,21-23) e o banheiro⁽²¹⁾. Estes dois locais são, muitas vezes, contíguos, uma vez que a legislação exige que o banheiro seja conjugado ao quarto⁽²⁵⁾.

Em relação ao mecanismo de queda, os dados são semelhantes aos de outros estudos que referem que as pessoas caem quando estão deambulando^(8,23) e durante as transferências⁽⁸⁾.

As transferências e a marcha são responsáveis, respectivamente, por 41% e 36% das quedas⁽²¹⁾. O mecanismo que leva à queda durante a marcha é o “escorregar” e “tropeçar”⁽²⁴⁾, nomeadamente nas canadianas/andarilhos dos outros residentes⁽⁸⁾.

As consequências mais visíveis das quedas são as lesões físicas. Os dados encontrados são semelhantes aos de outras pesquisas onde as lesões foram em 80,6% dos casos lesões leves como pequenas fissuras e escoriações e 19,4% dos casos resultaram em lesões graves⁽²⁴⁾. Todavia a taxa de fraturas é inferior à de outros estudos que revelam que 16,9%⁽¹⁷⁾ e 19,2%⁽¹¹⁾ dos idosos que caíram sofreram fraturas.

Em relação à presença e supervisão de um profissional no momento da queda constata-se que a maioria dos acidentes aconteceram na ausência deste, o que é consensual com o resultado de outro estudo⁽²⁵⁾. Os nossos dados apontam que a primeira queda tem maior probabilidade de ser observada, do que as quedas recorrentes. Todavia poucos estudos⁽²⁵⁾ avaliam se a queda foi ou não testemunhada por um profissional o que é importante para compreender melhor como se devem desenvolver os programas de prevenção.

No que concerne ao sexo e à idade os valores dos dados não diferem de outros estudos, onde a maioria da população que cai também são mulheres⁽²²⁻²³⁾ com média de idades de 83,75 anos⁽²³⁾.

Este dado não é consensual e há resultados que indicam uma incidência ligeiramente superior de quedas nos homens^(21,25) e outros não encontraram associação

estatisticamente significativa entre sexo e a ocorrência de quedas^(11,18). Os investigadores justificam este dado pelo fato das idosas institucionalizadas não estarem envolvidas na realização de atividades domésticas⁽¹⁸⁾.

A avaliação do risco de queda deve ser feita a todos os idosos, a discriminação de quem tem risco de cair ou não, deve ser o primeiro passo de qualquer programa de prevenção. Isso porque há uma associação entre a avaliação do risco e a ocorrência de quedas⁽²²⁾. Os idosos com incapacidade funcional em uma a cinco AVD apresentam uma probabilidade 46% maior de cair, os com incapacidade funcional em todas as AVD apresentaram uma menor probabilidade de queda (RP = 0,57; IC95%: 0,34 – 0,96)⁽¹¹⁾.

Apesar de não termos encontrado associação entre a queda e as comorbilidades salientamos os resultados de uma meta-análise que referem relação entre as alterações cognitivas e Parkinson⁽³⁾. Uma pesquisa revela que os residentes com Alzheimer (OR=0.23) e AVC (OR= 0.42) têm menor incidência de quedas com lesões severas⁽²⁰⁾.

A polimedicação é um fator de risco para quedas bastante relatado na literatura⁽²⁰⁾. Apesar de ser consensual existir relação entre quedas e tipo de medicamentos, investigações diferentes chegam a conclusões diferentes. Estudos confirmaram que o maior risco de quedas estava nos indivíduos que faziam uso de ansiolíticos⁽²⁰⁾, sedativos⁽³⁾, antipsicóticos⁽³⁾, antidepressivos^(3,20) e antiaginosos⁽²⁵⁾.

Pelo descrito importa investir em estudos que associam a queda aos diferentes tipos de medicação, já que a evidência disponível não torna clara a associação

direta entre o medicamento e a queda. Convém salientar que a natureza multifatorial da queda pode dificultar essa mesma associação.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo permitem a conclusão de que a prevalência de quedas é elevada, bem como a sua recorrência, sendo encontrada diferença estatística significativa entre a ocorrência de queda, o risco de queda e o consumo de sedativos.

Estes resultados justificam a pertinência de aprofundamento deste fenômeno complexo e multifatorial, no sentido de compreender as práticas e os comportamentos na avaliação do risco.

Para investigações futuras sugerimos o estudo das medidas preventivas valorizadas e/ou implementadas, bem como perceber como é feito o seguimento do idoso que sofre uma queda para evitar a segunda queda e prevenir o medo e a perda de funcionalidade. Além disso, estudar a organização dos cuidados nos diferentes turnos e o dimensionamento de pessoal pode ajudar a compreender o que seria mais adequado em programas de prevenção de quedas em ILPI.

Resultados dessas pesquisas devem ser utilizadas na formação dos profissionais para mostrar a relevância e necessidade de implementação de programas de prevenção. Para a prática clínica aconselha-se a implementação de programas de prevenção de quedas, com avaliação do risco e o aumento da vigilância do idoso pelos profissionais, sem que estes interfiram com a sua autonomia e sem restringir a sua independência.

REFERÊNCIAS

1. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes [Internet]. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. 2012 [acesso em: 12 jan 2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx>.
2. MacCulloch P, Bonner A, Gardner T. Comprehensive fall prevention programs across settings: a review of the literature.

- Geriatric nursing [Internet]. 2007 [acesso em: 27 fev 2014]; 28(5): 306-311. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17923287>
3. Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2013 [acesso em: 11 mar 2014]; 56

- (3): 407-415. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.12.006>.
4. Teresi JA, Ramirez M, Remler D, Ellis J, Boratgis G, et al. Comparative effectiveness of implementing evidenced-based education and best practices in nursing homes: effects on falls, quality-of-life and societal costs. *Int J Nurs Studies* [Internet]. 2013 [acesso em: 12 mar 2014]; 50 (4): 448-463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.003>
5. Hagedorn DK, Holm EA. Compliance and satisfaction with a comprehensive falls intervention programme. *European Geriatric Medicine* [Internet]. 2010 [acesso em: 12 mar 2014]; 1(6): 348-351. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016%2fj.eurger.2010.09.007>
6. Burland E, Martens P, Brownell M, Doupe M, Fuchs D. The evaluation of a fall management program in a nursing home population. *Gerontologist* [Internet]. 2013 [acesso em: 26 mar 2014]; 53(5):828-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gns197>
7. Becker C, Rapp K. Fall preventing in nursing homes. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2010 [acesso em: 26 mar 2014]; 26(4):693-704. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2010.07.004>.
8. Nitz JI, Cyarto E, Andrews S, Fearn M, Fu S, Haines T, et al. Outcomes from the implementation of a facility-specific evidence-based falls prevention intervention program in residential aged care [Internet]. *Geriatr Nurs*. 2012 [acesso em: 12 mar 2014]; 33(1):41-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.11.002>.
9. Wagner LM, Scott V, Silver M. Current approaches to fall risk assessment in nursing homes. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2011 [acesso em: 09 mar 2014]; 32(4): 238-244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.02.003>
10. Duffy A. The assessment and management of falls in residential care settings. *Br J Nurs* [Internet]. 2013 [acesso em: 11 mar 2014]; 22(5): 259-263. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2013.22.5.259>
11. Del Duca GF, Antes DL, Hallal PC. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013 [acesso em: 26 mar 2014]; 16(1):68-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100007>
12. Álvares LM, Lima R, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 [acesso em: 26 mar 2014]; 26(1):31-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100004>.
13. Costa – Dias MJM, Ferreira PL, Oliveira, AS. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Rev Enf Referência* [Internet]. 2014 [acesso em: 12 ago 2015]; 4(2): 7-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>
14. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde pública* [Internet]. 2007 [acesso em: 12 ago 2015]; 25(2): 59-66. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).
16. Santos, RJ. Quedas nos Idosos. [Dissertação]. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa; 2008. 78p.
17. Carvalho MP, Luckow ELT, Siqueira FV. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 [acesso em: 26 mar 2014]; 16(6):2945-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600032>.
18. Grávalos GJD, Vásquez CG, Pereira VA, Payo RA, Araujo SA, Hermida SR. Fatores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2009 [acesso em: 23 mar 2014]; 44(6):301-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2009.06.013>.
19. Reis P, Moro A, Bins Ely V, Fernandes C, Vilagra J, et al. Universal design and accessibility: an approach of the influence of muscle strength loss in the risk of falls in the elderly. *Work* [Internet]. 2012 [acesso em: 23 mar 2014]; 41 (suppl 1): 374-379. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-2012-0185-374>.
20. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E, Pedro-Cuesta, J. Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2013 [acesso em: 23 mar 2014]; 13(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-6>
21. Rapp K, Becker C, Cameron ID, König HH, Büchele G. Epidemiology of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of bavarian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2012 [acesso em: 26 mar 2014]; 13(2):187.e1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2011.06.011>.
22. Baixinho C, Dixe, MA. Monitoramento de episódios de quedas em Instituição para Idosos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [acesso em: 25 jun 2014]; 16(1):28-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20650>.
23. Ferreira DCO, Yoshitome AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em: 12 fev 2014]; 63(6):991-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>
24. Almeida P, Neves R. As quedas em idosos institucionalizados. Suas características. *EFDeportes.com, Revista Digital*. [Internet]. 2013 [acesso em: 2 abr 2014]; 17(177). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd177/as-quedas-em-idosos-institucionalizados.htm>
25. Santos AMM. Quedas em idosos institucionalizados [Dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012. 85p.

Recebido: 11/09/2014.

Aceito: 12/08/2015.

Publicado: 31/12/2015.