

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MATO GROSSO DO SUL**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**

**DIANA DÁVALO OLIVEIRA**

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDAS DE IDOSOS  
ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Dourados**

**2014**

**DIANA DÁVALO OLIVEIRA**

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDAS DE IDOSOS  
ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Trabalho apresentado como um dos  
requisitos para a conclusão do curso de  
Graduação Enfermagem da Unidade  
Universitária de Dourados.**

**Orientadora: Profa. Dra. Marcia  
Regina Martins Alvarenga**

**Dourados**

**2014**

**DIANA DÁVALO OLIVEIRA**

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDAS DE IDOSOS  
ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Curso de Graduação de Enfermagem

**Banca Examinadora**

---

Marcia Regina Martins Alvarenga – Orientadora

---

Marlayne Mendes Wolf Viegas

---

Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

## AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre ter guiado meus passos e ser essencial em minha vida

Aos meus pais Gelsé e Gregória que nunca mediram esforços para me apoiar e incentivar, amo-os incondicionalmente

Ao meu esposo Alan por me entender ou ao menos tentar fazê-lo nos momentos de turbulência, amo-o por me aceitar exatamente como sou

Ao meu irmão Douglas por dividir comigo um pedacinho dessa história, e por ser um pedacinho de mim

A minha orientadora Marcia Alvarenga, por toda paciência em me ajudar a ver a pesquisa com olhos mais responsáveis e dedicados

Aos idosos que me receberam e se dispuseram a participar da pesquisa e contribuíram muito para a realização deste estudo

## RESUMO

Estudo desenvolvido com o objetivo de descrever os fatores de risco para a queda de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família; identificar idosos assistidos pela ESF que sofreram queda; investigar os fatores de risco para queda; verificar se há registro das quedas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; descrever o ambiente ao qual o idoso que sofreu queda se encontra inserido. Método: descritivo, exploratório caráter quantitativo e de corte transversal que está sendo realizado junto as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Dourados, MS. Os participantes da pesquisa foram: 50 idosos já entrevistados pela pesquisa “Sistema de Informação para Monitoramento da Saúde do Idoso para a Rede de Atenção Básica – SIAMI” (no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013) e que apresentaram episódios de queda, entretanto foram localizados 42 indivíduos. Utilizou-se a Escala de Downton para avaliar fatores de risco de quedas, bem como a Escala Ambiental de Risco de Quedas. Resultados: média de 72,4 anos (desvio-padrão 8,3). Dentre os 42 entrevistados, 17 participantes relataram ter sofrido queda no último ano. Dos indivíduos que relataram quedas, foi encontrada a média de 1,1 e desvio padrão igual a 2,0; 52,9% dos idosos não procuraram nenhum tipo de atendimento de saúde, somente 24% procuraram o atendimento na Unidade Básica de Saúde, 17% atendimento hospitalar e 6% atendimento em um Pronto Atendimento Médico. Em relação ao uso de medicamentos 52,9% (n=9) dos idosos fazem uso contínuo de anti-hipertensivos associados a outros medicamentos. Dos 17 idosos que relataram queda 52,9% (n=9) declararam visão prejudicada, 41,2% (n=7) não possuíam nenhum tipo de déficit sensorial, e 5,9% (n=1) com visão e audição prejudicadas. Dentre os entrevistados 100,0% encontravam-se orientados. Quando questionados em relação à marcha 70,6% (n=12) dos entrevistados relataram não possuir dificuldade, conseguem caminhar normalmente sem auxílio de nenhum equipamento. Nenhum dos entrevistados possuía escadas em casa. Mesmo já tendo sofrido queda, todos os entrevistados relataram continuar frequentando todos os locais de sua residência, tanto internos quanto externos. Dessa forma podemos concluir que a partir das avaliações de risco de quedas é possível que o profissional de saúde planeje a assistência voltada para a prevenção deste evento.

**Palavras-Chave:** Idosos, Assistência de Enfermagem, Saúde do Idoso

## ABSTRACT

Study developed in order to describe the risk factors for falls in the elderly assisted by the Family Health Strategy; investigate the risk factors for falling; check record falls in Handbook of Health of the Elderly; describe the environment in which the elderly Dropped is inserted Method: A descriptive, exploratory and quantitative character of cross section that is being conducted with the teams of the Family Health Strategy (FHS) of Golden, MS. Survey participants were 50 elderly survey respondents already "Information System for Monitoring Elderly Health for the Primary Care Network - SIAMI" (from November 2012 to February 2013) and had episodes of falling, however 42 individuals were identified. We used the scale Downton to assess risk factors of falls, as well as the Environmental Risk Scale Falls. Results: mean 72.4 years (standard deviation 8.3). Among the 42 respondents, 17 participants reported having been dropped last year. Of the individuals who reported falls, the average and standard deviation of 1.1 to 2.0 was found; 52.9% of seniors did not seek any kind of health care, only 24% sought care at the Basic Health Unit, 17% and 6% of hospital care service in a Medical Emergency Care. In relation to drug use 52.9% (n = 9) of the elderly make continuous use of antihypertensive drugs in combination with other medicines. Of the 17 seniors who reported falling 52.9% (n = 9) reported impaired vision, 41.2% (n = 7) did not have any sensory deficit, and 5.9% (n = 1) with vision and hearing harmed. Among the interviewees 100.0% were targeted. When questioned about the march 70.6% (n = 12) of respondents reported not having difficulty, can walk normally without help of any equipment. None of the respondents had stairs at home. Even having suffered loss, all respondents reported continues in all places of their residence, both internal and external. Thus we can conclude that from the risk assessments for falls is possible that the health care plan assistance aimed at preventing this event.

**Keywords:** Elderly, Nursing Care, Elderly Care

## LISTA DE SIGLAS

- **CID** - Classificação Internacional das Doenças
- **CSPI** - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- **ESF** - Estratégia de Saúde da Família
- **FRS** - Fall Risk Score
- **OMS** - Organização Mundial de Saúde
- **SIAMI** - Sistema de Informação para Monitoramento da Saúde do Idoso para a Rede de Atenção Básica

## SUMARIO

1. Introdução	09
2. Objetivos	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. Método	13
4. Resultados e Discussão	15
5. Conclusão	20
6. Referências	21
7. Anexos	25

## 1. INTRODUÇÃO

---

Segundo Netto e Brito (2001) queda é definida como um evento não intencional que leva uma pessoa, a cair ao chão em um mesmo nível ou em outro inferior. O evento pode encontrar-se codificado na Classificação Internacional das Doenças na CID-9 como E880-E880 e na CID-10 como W00-W19, que abrange diversas formas de queda, como: as que ocorrem no mesmo nível, de nível mais alto, de locais especificados e não especificados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

A queda pode ser considerada um sinalizador na vida da pessoa idosa, um marcador potencial do início de importante declínio da função motora ou um sintoma premonitório de doença aguda (HARGREAVES, 2006).

Em idosos, as quedas são ocorrências importantes porque resultam em comprometimentos de gravidade variável, tais como: restrição das atividades cotidianas, isolamento social, declínio da condição de saúde e aumento da dependência funcional (ALVARENGA *et al.*, 2009).

Cerca de 30% das pessoas idosas com mais de 65 anos caem a cada ano no Brasil sendo responsável por 12% dos óbitos nesta população. Sua origem pode estar associada aos fatores intrínsecos (alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos) e extrínsecos (circunstâncias sociais e ambientais) (COSTA *et al.*, 2010).

Em Dourados, MS a prevalência de quedas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família foi de 33,4% havendo associação significativa para o sexo feminino, os que tinham 80 anos e mais, e os que referiram depressão e problemas de coluna (ALVARENGA *et al.*, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) instiga os profissionais de saúde a avaliar multidimensionalmente essa população, com o intuito de prevenir as quedas. Portanto, ressalta-se a necessidade do registro do evento para a qualidade do atendimento e da assistência prestada ao idoso (FREITAS *et al.*, 2011).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de risco potenciais para a saúde da pessoa idosa. Este instrumento possibilita ao profissional de saúde planejar e organizar as ações de promoção, recuperação e manutenção da capacidade funcional das

peças assistidas pelas equipes de saúde. A Caderneta contempla a ocorrência de quedas e qual a repercussão do fato na saúde do idoso, ou seja, se a queda fez com que ele deixasse de realizar alguma atividade após o episódio.

A Portaria Nº 3.213, de 20 de Dezembro de 2007, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as políticas de prevenção e promoção dos cuidados de quedas e osteoporose na população idosa, propõe mecanismos para investigar as causas das quedas, bem como estratégias para o enfrentamento das situações encontradas (BRASIL, 2007).

A promoção de medidas preventivas, por exemplo, constitui aspecto de suma importância para a manutenção e a recuperação da saúde do idoso, já que é consenso que quanto maior o número de fatores de risco presentes maior será a chance de ocorrência de uma queda (MIRANDA; MOTA; BORGES, 2010).

Em relação à prevenção das quedas é importante que haja participação efetiva da equipe de enfermagem através de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, palestras e grupos de terceira idade para que o idoso se torne consciente e agente em relação aos fatores de risco modificáveis existentes em sua residência (MIRANDA; MOTA; BORGES, 2010).

Muitos fatores predisponentes a quedas são previsíveis e podem ser evitados, com a promoção da saúde; modificações no domicílio; revisão das medicações; promoção de segurança em suas residências e fora delas; incentivo à prática de atividade física na terceira idade, enfatizando que esta é uma das atribuições concernentes aos profissionais de saúde, possibilitando análise das condições ambientais e domiciliares onde o idoso reside. Isso nos leva a refletir de forma dinâmica a possível ação do profissional de enfermagem, e por consequência do cuidado de enfermagem na promoção da saúde desses idosos evitando que, eles tenham no final da vida complicações ou acidentes por quedas, o que em muitas ocasiões poderiam ser evitadas (AVILA, 2010).

Em estudo realizado por Aguiar et al. (2008) ressaltou-se a relevância epidemiológica, social e econômica em relação aos idosos que estão em situação de risco em relação a queda, tendo isso esclarecido e compreendido é

possível traçar condutas que tragam como resultado a melhoria da qualidade de vida dessa população.

## **2. OBJETIVOS**

---

### **2.1 GERAL**

Descrever os fatores de risco para quedas de idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Investigar os fatores de risco para quedas;
- Verificar se há registro das quedas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

### 3. MÉTODO

---

Pesquisa de corte transversal, descritiva e exploratória com abordagem quantitativa, tendo como local de estudo as Estratégias de Saúde da Família, de Dourados, Mato Grosso do Sul. A população estudada foi constituída pelos idosos (ambos os sexos com idade mínima de 60 anos) assistidos pela Estratégia de Saúde da Família – sendo estas as ESF's, 17 e 27 (Jóquei Clube), 21 e 35 (Cabeceira Alegre), 26 (Jardim Carisma), 28 (Vila Hilda), 33 (Indaiá), 37 (Jardim Ouro Verde), 39 (Altos do Indaiá). A população foi constituída pelos 50 idosos já entrevistados pela pesquisa “Sistema de Informação para Monitoramento da Saúde do Idoso para a Rede de Atenção Básica – SIAMI” (no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013) e que apresentaram episódios de queda. Para escolha dos idosos foi analisado o banco de dados do projeto SIAMI para identificar e selecionar os indivíduos que sofreram quedas. Os dados foram analisados através de medidas de tendência central e os resultados, apresentados em tabelas e gráficos. Os instrumentos utilizados foram: um questionário semiestruturado, e para avaliação do ambiente serão utilizadas as Escala Ambiental de Risco de Queda e *Fall Risk Score de Downton* (Risco de Quedas).

Segundo Schiaveto (2008) a *Fall Risk Score de Downton* foi desenvolvida por Downton em 1992 e disponibilizada publicamente em 1993, sendo que o instrumento se apresentou sensível em relação à pontuação apresentada e o número de quedas.

Para avaliar e quantificar o risco de queda dos idosos, podemos utilizar a Escala de Downton, composta de 5 (cinco) itens: 1) quedas anteriores; 2) medicações; 3) déficit sensorial; 4) estado mental; 5) marcha (FERREIRA, 2001).

A escala possui uma pontuação que varia de 0 a 12, sendo considerado idoso com risco de queda aquele que apresentar pontuação igual ou maior que 3 (três), onde as questões 1 (um), 4 (quatro) e 5 (cinco) devem ter marcadas apenas uma das alternativas respectivamente, e as demais questões, caso necessário, podem ser marcadas mais de uma alternativa, a cada alternativa, quanto maior a pontuação atingida pelo idoso em questão, maior seu risco de queda.

Em estudo realizado por Vassalo (2005, apud SCHIAVETO, 2008) a Escala de Downton possui uma sensibilidade de 81,4% e uma especificidade de 24,7%.

Foi realizada por Schiaveto (2008) em seu estudo a tradução, retro tradução e comitê de juizes do Fall Risk Score (FRS), respeitando os rigores metodológicos necessários, através de uma revisão bibliográfica com auxílio de um médico e duas enfermeiras, todos os pesquisadores da área do envelhecimento.

Verificou-se pelo autor que a melhor pontuação de corte maximizando a sensibilidade e especificidade foi de três pontos, assim sendo, idosos que obtiverem pontuação de 0 a 2 serão considerados de baixo risco de queda e os que apresentarem de 3 a mais pontos serão considerados de alto risco de queda.

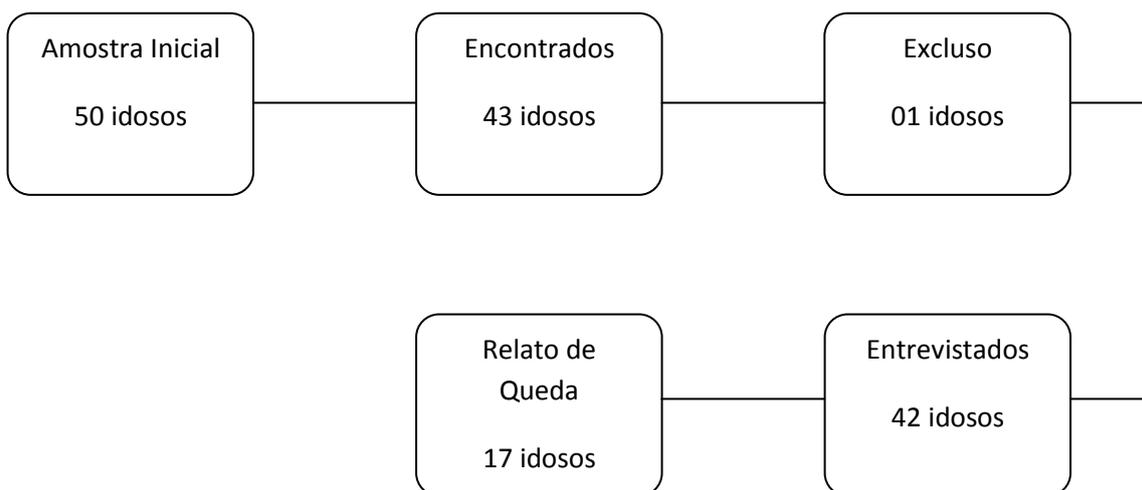
Segundo Borges; Filho e Mascarenhas (2010) a Escala Ambiental de Risco de Queda contém questões abordando a segurança de áreas de locomoção, disposição da mobília, iluminação, disponibilidade e acesso aos objetos, nos seguintes locais: quarto de dormir, banheiro, cozinha, escada e sala. O teste consta de 29 questões, sendo realizada uma pontuação no estudo da seguinte forma: “0 (zero) para cada resposta afirmativa e 1(um) para cada negativa, sendo que quanto maior o escore final maior o risco de quedas. Em estudo realizado por Borges, Filho e Mascarenhas (2010) demonstrou-se que os ponto de corte para a Escala Ambiental de Risco de Queda a ser adotada deve ser: menos de 10 pontos considerado baixo risco, de 10 a 20 pontos médio risco e maior que 20 pontos alto risco ambiental para quedas.

A pesquisa com os idosos foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com o parecer n. 134.412/2012.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

O aumento da população idosa traz à tona a discussão sobre eventos incapacitantes, sendo que entre esses se destacam as quedas, pois causam grande temor a essa população devido suas consequências, como: fraturas, restrição para desenvolver suas atividades diárias, declínio da qualidade de vida, entre outros (BRITO et. al., 2013).



Da amostra inicial composta por 50 idosos, somente 43 foram novamente contatados, devido a dificuldade de localização dos mesmos, e dentre esses 43 idosos foi necessário realizar a exclusão de um indivíduo, pois o mesmo possuía idade igual há 58 anos, não se enquadrando nos critérios de inclusão da pesquisa, assim sendo a amostra final é composta por 42 idosos.

Dentre os 42 entrevistados, 17 participantes relataram ter sofrido queda os outros 25 entrevistados negaram o episódio da queda, sendo considerado os 17 idosos que relataram queda para os cálculos estatísticos seguintes.

Em relação à idade foram encontrados os seguintes resultados: mínima igual a 61 anos, máxima de 90 anos, sendo assim obtemos a média de 72,41 anos e um desvio padrão de 8,28. O grupo de pessoas com 75 anos ou mais é o que apresenta maior crescimento relativo, em relação ao total da população idosa (BRASIL, 2002).

A tendência de envelhecimento da população brasileira fica clara em relação à distribuição projetada por grupo de idades realizado pelo IBGE, onde o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade passam de 13,8%, em 2020,

para 33,7%, em 2060, ou seja, um aumento de 20 pontos percentuais (BRASIL, 2013).

Tabela 1. Distribuição da frequência de idosos que apresentaram queda segundo a faixa etária. Dourados, MS. 2014

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>FREQUENCIA</b>	<b>%</b>
60 – 69	08	47,05
70 – 79	05	29,41
80- e mais	04	23,54
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Própria Autora

Segundo Ferreira e Yoshitome (2010) no Brasil cerca de 30% da população idosa caem por ano, sendo que destes 60 a 70% apresentam um risco mais elevado para cair no ano subsequente e dois terços cairão novamente.

Dos indivíduos que relataram quedas, foi encontrado que o número de vezes que caiu mínimo igual a 1 (zero) e máximo igual a 10 (dez), obtemos assim a média de 1.1 e desvio padrão igual a 2.0.

Quanto à distribuição dos idosos em relação à posse da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) encontramos que 64,7% (n=11) declararam não possuir a Caderneta, dentre os 35,3% (n 06) que declaram possui-la, 100% (n 06) estavam em posse da mesma.

Em pesquisa realizada por Borges et. al. (2013) foi ressaltado que a caderneta do idoso é uma importante ferramenta na gestão das ESF, permitindo dessa forma conhecer o perfil dos idosos que são atendidos na comunidade.

Em relação às anotações somente 02 idosos (11,7%) possuíam a ocorrência da queda anotada na caderneta, e essas quando realizadas não eram feitas de maneira completa. São necessárias que sejam realizadas as anotações dos relatos de queda, além da repercussão dessa queda na saúde da pessoa, como por exemplo, deixar de realizar alguma atividade do dia-a-dia (BRASIL, 2008). Tendo em vista a população estudada, não houve relato de consequências sofridas pela queda, como por exemplo deixar de frequentar

algum lugar da sua residência, ou realizar alguma atividade do seu dia-a-dia.

Foi encontrado que 76,4% (n=13) dos idosos sofreram queda em suas residências. As escadas, o banheiro, os quartos e a cozinha podem, potencialmente, provocar quedas. Sendo importante salientar que a maioria das fraturas é resultante de quedas em casa (PINHO et. al., 2012). Em estudo realizado por Jahana e Diogo (2007) com 73 idosos, evidenciou-se que 41,1% referiram queda no ambiente domiciliar interno e 30,2% referiu queda no ambiente domiciliar externo, totalizando dessa forma 71,3% de quedas em ambiente domiciliar de forma generalizada.

Saber o local onde ocorreu a queda é importante para identificar fatores ambientais causadores da mesma (FABRICIO; RODRIGUES; JUNIOR, 2004).

Podemos detectar que ao cair 52,9% dos idosos não procuraram nenhum tipo de atendimento de um profissional da saúde, somente 23,5% procuraram o atendimento na Unidade Básica de Saúde, 17,6% atendimento hospitalar e 6,0% atendimento em um Pronto Atendimento Médico.

Em relação ao uso de medicamentos 52,9% (n=09) dos idosos fazem uso contínuo de anti-hipertensivos associados a outros medicamentos, entre estes sendo prevalente a associação com diuréticos, seguidos por 23,5% (n=04) que fazem uso somente de anti-hipertensivos, 17,6% (n=03) que não tomam nenhum medicamento e 5,9% (n=01) que tomam outras medicações. Dos 251 idosos entrevistados em seu estudo Fabrício, Rodrigues e Júnior (2004) identificaram que mesmo não verificando a relação direta do uso do medicamento e da queda, 70% dos idosos referiram fazer uso de medicamento antes da queda, sendo que 34% eram representados pelos idosos que fizeram uso de anti-hipertensivo. Jahana e Diogo (2007) ressaltam que dos 73 idosos entrevistados em seu estudo, 34,3% fazem uso de apenas um fármaco, sendo 60,3% medicamentos relacionados a doenças cardíacas.

Dos 17 idosos que relataram queda 52,9% (n=09) declaram possuir visão prejudicada, seguidos de 41,1% (n=07) que declararam não possuir nenhum tipo de déficit sensorial, e 5,9% (n=01) possuir visão e audição prejudicada. Foi semelhantemente encontrado em pesquisa realizada por Maciel e Guerra (2005) sobre a prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos, com 310 participantes também residentes na comunidade

um percentual igual a 78,4% (n=243) que declaram acuidade visual diminuída e 38,7% (n 120) possuindo audição diminuída.

Dentre os entrevistados 100,0% (n=17) encontravam-se orientados.

Quando questionados em relação à marcha 70,6% (n=12) dos entrevistados relataram não possuir dificuldade, conseguem caminhar normalmente sem auxílio de nenhum equipamento, seguidos de 17,6% (n=03) que com auxílio de equipamentos conseguem sentir-se seguros ao caminhar, já 11,8% (n=02) relataram insegurança ao caminhar com ou sem auxílio de algum equipamento. Quando há um comprometimento em relação ao equilíbrio e as atividades instrumentais, limitação da força muscular e da marcha o idoso encontra-se mais vulnerável a tudo, inclusive a morte (PERRACINI; RAMOS, 2002).

A tabela 4 apresenta a característica do ambiente ao qual esses idosos se encontravam inseridos, sendo que nenhum dos entrevistados possuía escadas em casa, não foram apresentados dados referentes à mesma, pois o dado estatístico torna-se irrelevante. Mesmo já tendo sofrido queda, todos os entrevistados relataram continuar frequentando todos os locais de sua residência, tanto internos quanto externos.

Em estudo realizado para avaliação ambiental padronizada com 87 idosos, percebeu-se o alto risco ambiental para risco de queda sendo que o com maior incidência foi o piso escorregadio apresentando percentual igual a 88,5%, presença de tapetes na sala 62% e ausência de iluminação noturna 44,8%, chegou-se a conclusão que nenhum domicílio se encontrava livre de riscos, ressaltando-se que idosos que não sofreram adotam atitudes de risco em relação ao ambiente onde se encontra (FERRER; PERRACINI; RAMOS, 2004).

Quando questionados em relação aos ambientes onde passam maior parte do seu tempo e qual a atividade desenvolvida nesse local, obtivemos que prevalece o quarto de dormir e a cozinha, sendo que estas são usados para dormir e cozinhar respectivamente.

Em 10 ensaios realizados por Gillespie e Handoll (2009) ficou evidente que mudanças e intervenções de segurança no ambiente domiciliar não reduzem o risco de queda evidentemente, exceto em casos de indivíduos com

o risco de queda mais elevados.

Tabela 4. Distribuição da frequência dos idosos segundo a avaliação do risco ambiental para queda. Dourados, MS. 2014.

<b>LOCAL</b>	<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>
<b>AREA DE LOCOMOÇÃO</b>	Desimpedidas	14	82,3	3	17,7
	Revestimento uniforme	11	64,7	6	35,3
<b>ILUMINAÇÃO</b>	Suficiente	14	82,3	3	17,7
	Interruptores acessíveis	13	76,4	4	23,6
	Sentinela	15	88,2	2	11,8
	Iluminação exterior	14	82,3	3	17,7
<b>QUARTO DE DORMIR</b>	Guarda roupa acessível	16	94,1	1	5,9
	Cadeira para se vestir	16	94,1	1	5,9
	Cama de boa altura	17	100	0	0
<b>BANHEIRO</b>	Lavabo fixo e acessível	16	94,1	1	5,9
	Área com antiderrapante	6	35,3	11	64,7
	Box de fácil abertura	6	35,3	11	64,7
<b>COZINHA</b>	Armário baixo	14	82,3	3	17,7
	Pia sem vazamento	15	88,2	2	11,8

FONTE: Própria Autora

## 5. CONCLUSÕES

---

A queda dá-se comumente em ambiente domiciliar, afeta a qualidade de vida dos idosos que as sofreram, conseqüentemente de seus familiares e comunidade, sendo a queda um fator que pode ter sua incidência reduzida ou até mesmo evitada com medidas preventivas e pequenas alterações nos ambientes ao qual esse idoso se encontra inserido.

Destaca-se que entre os fatores de risco mais predominantes encontramos o uso de medicamentos associados ao risco de queda, e o ambiente inadequado para idosos, onde a presença excessiva de móveis ou objetos decorativos como tapetes são responsáveis por aumentar o risco eminente de queda.

É importante ressaltar que enfermeiro da atenção básica como profissional responsável pela atenção primária deve realizar atividades de prevenção que envolva o idoso, os familiares e a comunidade, pois somente com o envolvimento de todos será possível realizar uma prevenção efetiva.

## 6. REFERÊNCIAS

---

AGUIAR, J. L. N.; ALMEIDA, E. M. M.; COSTA, D. A.; PINTO, M. V. M.; MARTINS, M. F.; OLIVEIRA, M. S.; SILVA, A. L. S. Análise o equilíbrio e redução do risco de quedas em idosos institucionalizados após programa de exercícios fisioterapêuticos. **Revista Digital**, n. 119, p. 01, 2008.

ALVARENGA, M. R. M; OLIVEIRA, M. A. C; FACCENDA, O; GASPAR, J. C; AMENDOLA, F. Prevalência de quedas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Dourados, MS. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, v. 03, n. 01, p. 75, 2009.

AVILA, J. B. G. Cuidado de enfermagem ao idoso na prevenção de Quedas: estudo de caso baseado na Representação geográfica espacial. 2010. **Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem)**, Universidade Federal dos Pampas, Uruguaiana, 2010. p. 07.

BORGES, P. S.; FILHO L. E. N. M.; MASCARENHAS, C. H. M. Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.1, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de atenção básica nº 19**. p. 07. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 3.213 de 20 de dezembro de 2007**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3213.htm>>. Acesso em: 20/03/2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>.

Acesso em: 01.10.2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: 2013, p. 21.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Caderneta de Saúde da pessoa Idosa: manual de preenchimento**. p. 13. Brasília 2008.

BRITO T.A.; FERNANDES M.H.; COQUEIRO R.S.; JESUS C.S. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enf**. Jan-Mar 2013; (1), 43-51.

BORGES, L. L. B.; COUTINHO, G. D. Z.; SILVA, R. M.; GOIS, V. F.; AZEVEDO, A. P. In: 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade. 2013, Belém. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como ferramenta de gestão na ESF**. Belém: CBMFC, 2013, capa.

COSTA, D. S.; ARAÚJO, N. H.; ALBUQUERQUE, E. R. de O.; GIRÃO, M. A.; ALMEIDA, I. G.; SILVA, D. M. A. In: 71ª SEMANA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. 2010, Guaramiranga. **Quedas no idoso: fatores intrínsecos e extrínsecos para sua ocorrência**. Guaramiranga: ABEN, 2010, p. 57.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, L. C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 01, p. 96, 2004.

FERRER, M. L. P.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 08, n. 2, p. 149, 2004.

FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, 2010.

FERREIRA, N. C.; CAETANO, F. M.; DÁMAZIO, L. C. M. Correlação entre mobilidade funcional, equilíbrio e risco de quedas em idosos com doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 5, n. 2, 2001.

FREITAS, R.; SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SILVA, M. E.; PELZER, M. T. Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 03, p. 484, 2011.

GILLESPIE, L; HANDOLL, H. H. G. Prevention of falls and fall-related injuries in older people. **Revista Injury Prevention**, v. 15, n. 5, 2009.

HARGREAVES, L. H. H. **Geriatrics**. In: OFICINA DA SEEP – SECRETARIA ESPECIAL DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES DO SENADO FEDERAL. Brasília, 2006. p. 487.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D. Queda em idosos: principais causas e consequências. **Saúde Coletiva**, v. 04, n. 17, p. 152, 2007.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 13, n. 01, p. 41. 2005.

MIRANDA, R. V.; MOTA, V. P.; BORGES, M. M. M. C. Quedas em Idosos: Identificando Fatores de Risco e Meios de Prevenção. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 03, n. 01, p. 462, 2010.

NETTO, M. P.; BRITO, F. C. **Urgências em Geriatria**. SÃO PAULO: ATHENEU, 2001. p. 324.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice.** São Paulo: 2010. p. 9.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 06, p. 715, 2002.

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. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 02, n. 46, p. 321, 2012.

SCHIAVETO, F. V. Avaliação do risco de queda em idosos na comunidade. 2008. 117f. **Dissertação (Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2008.

VASSALO, M; STOCKDALE, R; SHARMA, J. C. BRIGGS, R.; ALLEN, S. A. Comparative study of the use of four fall risk assessment tools on acute medical wards. **Journal of the American Geriatrics Society**, v 53, p. 1034-1038, 2005. In: SCHIAVETO, F. V. Avaliação do risco de queda em idosos na comunidade. 2008. 117f. **Dissertação (Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo**, São Paulo, 2008.

## 7. ANEXOS

### A. ESCALA AMBIENTAL DE RISCO DE QUEDA

LOCAL	AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
<b>ÁREAS DE LOCOMOÇÃO</b>	Áreas de locomoção desimpedidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ILUMINAÇÃO</b>	Suficiente para clarear toda a superfície de marcha no interior de cada cômodo, incluindo degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interruptores: acessíveis na entrada dos cômodos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sentinela: iluminando o quarto, o corredor e o banheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>QUARTO DE DORMIR</b>	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cadeira permitindo se assentar para se vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cama de boa altura (45 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BANHEIRO</b>	Lavabo: facilmente acessível e bem fixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Área do chuveiro: antiderrapante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Box: abertura fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COZINHA</b>	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pia sem vazamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESCADA</b>	Revestimento antiderrapante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corrimão bilateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corrimão sólido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Espelho do degrau fechado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uniformidade dos degraus: altura dos espelhos e profundidade dos degraus constantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Local aonde passa a maior parte do tempo</b>	<b>Atividade desenvolvida</b>	<b>Problemas com o local</b>	

Existe algum local em sua residência que o senhor(a) não frequenta? Por qual motivo?

## **B. FALL RISK SCORE DOWNTON / ESCALA DE DOWNTON**

1) Quedas anteriores:

Não                       Sim

2) Medicções:

Nenhuma

Tranquilizantes/sedativos

Diuréticos

Anti-hipertensivos

Drogas antiparquisonianas

Antidepressivos

Outras medicações

3) Déficit sensório

Nenhuma

Visão prejudicada

Audição prejudicada

Membros

4) Estado mental:

Orientado

Confuso

5) Marcha (modo de andar):

Normal

Seguro com equipamento de ajuda para caminhar

Inseguro com/sem equipamento

Incapaz