

Risco de quedas e determinantes sociais em idosos residentes em uma comunidade rural*Risk of falls and social determinants in the elderly living in a rural community**Riesgo de caídas y determinantes sociales en ancianos residentes en una comunidad rural***Resumo**

Objetivo: Avaliar o risco de quedas e identificar os determinantes sociais a elas associados em idosos residentes em uma comunidade rural. Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado em amostra probabilística, selecionada aleatoriamente, com frequência estimada de 50% e com margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%. Estudo realizado ao nível de Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Saúde Personalizada, da Região Norte de Portugal. A amostra selecionada aleatoriamente foi composta por 321 pessoas maiores de 65 anos, com média de idade de 76,11 ± 6,79, residentes na comunidade, sendo 175 (54,5%) do sexo feminino e 146 (45,5%) do masculino. A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento simples de um protocolo de avaliação, utilizando a escala de Morse. Resultados: A escala de Morse permitiu verificar que 33,0% da amostra apresentou baixo risco de queda e 7,2% alto risco. O risco de quedas esteve associado à idade, ao sexo, ao fato de o idoso residir com outros parentes, aos solteiros, aos de menor renda e aos que recebem apoio. Conclusão: Os determinantes sociais têm impacto no risco de quedas e devem ser considerados em programas de prevenção de quedas.

Descritores: Quedas; Risco; Idosos; Determinantes Sociais; Comunidade Rural.

Abstract

Objective: To evaluate the risk of falls and to identify the social determinants associated with them in the elderly living in a rural community. Methodology: Quantitative, cross-sectional, descriptive, and correlational 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%. Study carried out at the Primary Health Care level, in a Personalized Health Care Unit, of the Northern Region of Portugal. The randomly selected sample consisted of 321 people over the age of 65, with a mean age of 76.11 ± 6.79, living in the community, of whom 175 (54.5%) were female and 146 (45.5%) were male. Data collection was done through the straightforward filling out of an evaluation protocol, using the Morse scale. Results: The Morse scale allowed us to verify that 33.0% of the sample presented a low risk of falling and 7.2% a high risk. The risk of falls was associated with age, sex, the fact that the elderly lives with other relatives, the unmarried, those with the lowest incomes and those who receive support. Conclusion: Social determinants have an impact on the risk of falls and should be considered in fall prevention programs.

Descriptors: Falls; Risk; Elderly People; Social Determinants; Rural Community.

Resumen

Objetivo: Evaluar el riesgo de caídas e identificar los determinantes sociales asociados a ellos en los adultos mayores residentes en una comunidad rural. Metodología: Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional, realizado en una muestra probabilística, seleccionada al azar, con una frecuencia estimada del 50% y con un margen de error aceptable del 5% y un nivel de confianza del 95%. Estudio realizado en el nivel de Atención Primaria de Salud, en una Unidad de Atención Personalizada de la Región Norte de Portugal. La muestra seleccionada aleatoriamente estuvo constituida por 321 personas mayores de 65 años, con una edad media de 76,11 ± 6,79, residentes en la comunidad, de las cuales 175 (54,5%) eran mujeres y 146 (45,5%) hombres. La recopilación de datos se realizó mediante el llenado sencillo de un protocolo de evaluación, utilizando la escala Morse. Resultados: La escala de Morse nos permitió verificar que el 33,0% de la muestra presentó un riesgo bajo de caída y el 7,2% un riesgo alto. El riesgo de caídas se asoció con la edad, el sexo, el hecho de que el anciano conviva con otros familiares, los solteros, los de menores ingresos y quienes reciben apoyo. Conclusión: Los determinantes sociales tienen un impacto en el riesgo de caídas y deben ser considerados en los programas de prevención de caídas.

Descritores: Caídas; Riesgo; Anciano; Determinantes Sociales; Comunidad Rural.

**Vera Lúcia Moreira Massa
Coimbra¹**

ORCID: 0000-0003-2241-1997

**Ermelinda Maria Bernardo
Gonçalves Marques²**

ORCID: 0000-0003-3024-8392

**Cláudia Margarida Correia Balula
Chaves³**

ORCID: 0000-0002-8103-7221

Renata Jabour Saraiva⁴

ORCID: 0000-0002-2759-8159

¹UCSP de Sernancelhe, ACeS Douro Sul, ARS Norte. Viseu, Portugal.

²Instituto Politécnico da Guarda - Escola Superior de Saúde, Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior do IPG; Center for Health Technology and Services Research – CINTESIS. Guarda, Portugal.

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CI&DEI. Viseu, Portugal.

⁴Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Coimbra VLMM, Marques EMBG, Chaves CMCB, Saraiva RJ. Risco de quedas e determinantes sociais em idosos residentes em uma comunidade rural. Glob Acad Nurs. 2020;1(2):e15.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200015>

Autor correspondente:

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

E-mail: emarques@ipg.pt

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 11-08-2020

Aprovação: 27-08-2020



Introdução

O envelhecimento da população é transversal a todos os países da União Europeia (UE28), em 2016 o índice de envelhecimento era de 123,9%, mas em Portugal este processo avança com maior rapidez, com valores de 148,7%^{1,2}. Embora este processo alcance todo o território português, verifica-se alguma heterogeneidade, tornando-se mais expressivo no interior do país, no concelho em estudo; em 2016 o índice de envelhecimento atingiu 252,4%³.

O processo de envelhecimento apresenta vários riscos associados, como risco de quedas, fragilidade, incontinência urinária, delirium e lesões por pressão, que podem ser considerados síndromes geriátricas⁴.

As políticas europeias de envelhecimento recente centram-se no modelo de envelhecimento ativo e saudável. A Comissão Europeia identificou o envelhecimento ativo e saudável como um grande desafio social, comum a todos os países europeus, criando parcerias (EIPAAH - *European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging*), cujos objetivos incluem a prevenção de quedas em idosos⁵.

A identificação de fatores de risco deve ser uma prioridade para aumentar a eficácia de um programa de prevenção de quedas. Os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que afetam direta ou indiretamente o bem-estar, entre os quais destacamos: os determinantes sociais; baixa escolaridade, falta de recursos na comunidade, redução das interações sociais e dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde⁶.

A avaliação do risco deve ser individualizada e permitir a estratificação em grupos de quedas de "baixo risco" e "alto risco"⁷. Considerando uma classe de quedas sem risco, os participantes de baixo risco apresentaram três vezes mais probabilidade de cair e aqueles de alto risco sete vezes mais probabilidade de cair⁸. Essa avaliação prévia permite um conjunto multifatorial de intervenções, revelando-se o método mais eficaz de redução de quedas, principalmente em idosos que não apresentam déficit cognitivo e que vivem na comunidade⁹⁻¹¹.

Numa perspectiva de prevenção primária, o principal objetivo do estudo é avaliar o risco de quedas em idosos residentes de uma comunidade rural e identificar os determinantes sociais que influenciam o risco de quedas.

Metodologia

Estudo transversal, descritivo e correlacional realizado em amostra probabilística.

De dezembro de 2016 a maio de 2017, participaram no estudo 321 pessoas com mais de 65 anos (idade média 76,11 ± 6,79 anos), matriculadas numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizada (Cuidados de Saúde Primários) da Região Norte de Portugal. Dos 4.988 usuários cadastrados nesta unidade em setembro de 2016, 1.441 tinham 65 anos ou mais.

A amostragem foi definida de forma aleatória simples, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, na seleção dos idosos constituintes da amostra. Identificou-se

como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos, estar inscrito no programa de saúde do idoso e a aceitação e autorização do idoso para participação no estudo. Como critérios de exclusão, idosos institucionalizados com aparentes alterações cognitivo-comportamentais, os critérios foram baseados na história clínica.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o Epi-Info versão 7, com frequência estimada de 50% e com margem de erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%. Para selecionar os idosos, foi feita uma lista e, posteriormente, por meio de uma tabela de números aleatórios, os participantes foram selecionados. Em caso de não aceitação em participar do estudo, critério de desistência ou exclusão, os demais participantes eram selecionados aleatoriamente até que fosse obtida a amostra total. Durante o estudo, foram entrevistados 323 idosos, dos quais 2 faleceram durante o estudo, finalizando com uma amostra total de 321 idosos.

A fonte de informação foi um protocolo de avaliação, preenchido durante entrevista realizada em uma das consultas de enfermagem ao idoso, na unidade de saúde ou no domicílio. O protocolo de avaliação foi estruturado contemplando a caracterização sociodemográfica e a escala de avaliação do risco de quedas. Foi utilizada a escala de Morse, validada para a população portuguesa por Costa-Dias, Ferreira e Oliveira¹². De acordo com a avaliação realizada, a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta em uma pontuação que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos e as pessoas são discriminadas de acordo com o risco de queda: nenhum risco (0-24), baixo risco (25-50) ou alto risco (≥ 51)¹². O instrumento apresentou boa consistência interna, alfa de Cronbach de 0,783.

Para a aplicação do protocolo de avaliação, foi solicitado parecer ao Comitê de Ética em Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e à Comissão Nacional de Proteção de Dados para tratamento dos dados.

Os seguintes testes foram usados; Teste U de Mann-Whitney, teste de Kruskal-Wallis, teste de significância do coeficiente de correlação de Spearman e teste de Kolmogorov-Smirnov como teste de normalidade. A opção pelos testes não paramétricos justifica-se principalmente pelo fato da variável central do estudo (risco de quedas avaliado pelos escores da escala de Morse) não apresentar distribuição normal. Para todos os testes, um valor de 0,050 foi definido como o limite de significância.

Resultados

Os dados e a caracterização sociodemográfica da amostra (Tabela 1) mostram que metade dos respondentes tinha pelo menos 76,00 anos, sendo as maiores faixas etárias as de 75 a 79 (24,6%) e as de 80 a 84 (23,1%). A maioria dos membros da amostra total (68,8%) relatou ser casada ou viver em união estável e 20,5% afirmou morar com outros parentes. Em relação ao tempo gasto sozinho durante o dia, verificamos que o valor médio foi de 5,60 ± 7,37 horas. Os valores dos rendimentos mensais mais referidos situaram-se entre 259,36 euros e 419,21 euros e os superiores a 628,83



euros, as percentagens foram de 47,0% e 25,5%. As habilitações literárias mais frequentes foram aquelas com

menos de 4 anos de estudo e entre 4 e 6 anos de estudo, com percentuais de 37,7% e 40,8%.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica. Região Norte, Portugal, 2016-2017

| Variável | Sexo | | Feminino | | Total | |
|---|------|------|----------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Idade | | | | | | |
| 65 – 69 | 34 | 23.3 | 33 | 18.9 | 67 | 20.9 |
| 70 – 74 | 28 | 19.2 | 39 | 22.3 | 67 | 20.9 |
| 75 – 79 | 36 | 24.7 | 43 | 24.6 | 79 | 24.6 |
| 80 – 84 | 35 | 24.0 | 39 | 22.3 | 74 | 23.1 |
| 85 – 89 | 11 | 7.5 | 14 | 8.0 | 25 | 7.8 |
| ≥ 90 | 2 | 1.4 | 7 | 4.0 | 9 | 2.8 |
| Sexo masculino: \bar{x} = 75.76; Md = 76.00; s = 6.50; X_{\min} = 65; X_{\max} = 92; $p < 0.001$ | | | | | | |
| Sexo feminino: \bar{x} = 76.40; Md = 76.00; s = 7.02; X_{\min} = 65; X_{\max} = 96; $p = 0.060$ | | | | | | |
| Amostra total: \bar{x} = 76.11; Md = 76.00; s = 6.79; X_{\min} = 65; X_{\max} = 96; $p < 0.001$ | | | | | | |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteiro | 2 | 1.4 | 6 | 3.4 | 8 | 2.5 |
| Casado/União estável | 120 | 82.2 | 101 | 57.7 | 221 | 68.8 |
| Divorciado/Separado | 1 | 0.7 | - | 0.0 | 1 | 0.3 |
| Viúvo | 23 | 15.8 | 68 | 38.9 | 91 | 28.3 |
| Com quem você mora atualmente? | | | | | | |
| Sozinho | 15 | 9.7 | 37 | 21.1 | 52 | 16.2 |
| Acompanhado pelo cônjuge | 122 | 78.7 | 101 | 57.7 | 223 | 69.5 |
| Acompanhado de outros parentes | 18 | 11.6 | 47 | 26.8 | 65 | 20.2 |
| Acompanhado de outras pessoas | - | 0.0 | 1 | 0.6 | 1 | 0.3 |
| Quanto tempo você passa sozinho em um período de 24 horas? | | | | | | |
| 0 hora | 62 | 42.5 | 68 | 38.8 | 130 | 40.5 |
| Menos de 12 horas | 66 | 45.2 | 71 | 40.6 | 137 | 42.7 |
| 12 horas ou mais | 18 | 12.3 | 36 | 20.6 | 54 | 16.8 |
| Sexo masculino: \bar{x} = 4.71; Md = 2.50; s = 6.33; X_{\min} = 0; X_{\max} = 24; $p < 0.001$ | | | | | | |
| Sexo feminino: \bar{x} = 6.34; Md = 3.00; s = 8.06; X_{\min} = 0; X_{\max} = 24; $p < 0.001$ | | | | | | |
| Amostra total: \bar{x} = 5.60; Md = 3.00; s = 7.37; X_{\min} = 0; X_{\max} = 24; $p < 0.001$ | | | | | | |
| Status profissional | | | | | | |
| Não ativo | 140 | 95,9 | 173 | 98,9 | 313 | 97,5 |
| Ativo | 6 | 4,1 | 2 | 1,1 | 8 | 2,5 |
| Renda mensal | | | | | | |
| Menos de 106,12 € | - | 0,0 | 2 | 1,1 | 2 | 0,6 |
| De 106,13 € a 259,35 € | 5 | 3,4 | 24 | 13,7 | 29 | 9,0 |
| De 259,36 € a 419,21 € | 68 | 46,6 | 83 | 47,4 | 151 | 47,0 |
| De 419,22 € a 628,82 € | 30 | 20,5 | 27 | 15,4 | 57 | 17,8 |
| Mais de 628,83 € | 43 | 29,5 | 39 | 22,3 | 82 | 25,5 |
| Qualificações educacionais | | | | | | |
| Não consegue ler nem escrever | 20 | 13,7 | 34 | 19,4 | 54 | 16,8 |
| Menos de 4 anos de escolaridade | 49 | 33,6 | 72 | 41,1 | 121 | 37,7 |
| 4 a 6 anos de escolaridade | 68 | 46,6 | 63 | 36,0 | 131 | 40,8 |
| 7 a 9 anos de escolaridade | 6 | 4,1 | 5 | 2,9 | 11 | 3,4 |
| 10 a 12 anos de escolaridade | 3 | 2,1 | 1 | 0,6 | 4 | 1,2 |
| Ensino superior | - | 0,0 | - | 0,0 | - | 0,0 |
| Apoio nas atividades da vida diária | | | | | | |
| Não | 93 | 63,7 | 97 | 55,4 | 190 | 59,2 |
| Sim | 53 | 36,3 | 78 | 44,6 | 131 | 40,8 |
| Quem fornece suporte nas atividades? | | | | | | |
| Família | 40 | 75,5 | 58 | 74,4 | 98 | 74,8 |
| Atendimento domiciliar | 17 | 32,1 | 17 | 21,8 | 34 | 26,0 |
| Família e cuidados domiciliares | 8 | 15,1 | 6 | 7,7 | 14 | 10,7 |
| Outros | 6 | 11,3 | 16 | 20,5 | 22 | 16,8 |

| Que tipo de suporte você recebe? | | | | | | |
|----------------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Cuidados com a lavanderia | 34 | 64.2 | 45 | 57.7 | 79 | 60.3 |
| Higiene da habitação | 12 | 22.6 | 52 | 66.7 | 64 | 48.8 |
| Suprimento de comida | 38 | 71.7 | 48 | 61.5 | 86 | 65.6 |
| Acompanhamento externo | 33 | 62.3 | 60 | 76.9 | 93 | 71.0 |
| Preparação de medicação | 16 | 30.2 | 39 | 50.0 | 55 | 42.0 |
| Ajuda no transporte de lenha | - | 0.0 | 1 | 1.3 | 1 | 0.8 |
| Higiene pessoal | 3 | 5.7 | 12 | 15.4 | 15 | 11.4 |

A maioria (59,2%) da amostra relatou não receber suporte para a realização das AVDs.

Com a aplicação da escala de Morse para avaliação do risco de quedas, e como pode ser observado na Tabela 2, 74,7% dos homens não apresentaram risco de quedas, como

em 47,4% das mulheres. No entanto, 43,4% das mulheres apresentaram baixo risco de queda. No total da amostra, 59,8% dos indivíduos não apresentaram risco de cair, seguidos de 33% que apresentaram baixo risco.

Tabela 2. Caracterização do risco de quedas. Região Norte, Portugal, 2016-2017

| Item | Sexo | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--|------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Risco de queda | | | | | | | |
| Sem risco | | 109 | 74.7 | 83 | 47.4 | 192 | 59.8 |
| Baixo risco | | 30 | 20.5 | 75 | 43.4 | 106 | 33.0 |
| Alto risco | | 7 | 4.8 | 16 | 9.1 | 23 | 7.2 |
| Escala de Morse | | | | | | | |
| Sexo masculino: \bar{x} = 21.75; Md = 15.00; s = 16.59; x_{\min} = 0; x_{\max} = 105; $p < 0.001$ | | | | | | | |
| Sexo feminino: \bar{x} = 29.83; Md = 25.00; s = 19.10; x_{\min} = 0; x_{\max} = 90; $p < 0.001$ | | | | | | | |
| Amostra total: \bar{x} = 26.15; Md = 15.00; s = 18.42; x_{\min} = 0; x_{\max} = 105; $p < 0.001$ | | | | | | | |

Os resultados que compõem a Tabela 3 foram obtidos aplicando-se o coeficiente de correlação de Spearman, como podemos observar, há relações

estatisticamente significativas entre o risco de queda e a idade ($r_s = +0,35$, $p < 0,001$).

Tabela 3. Correlação do risco de queda com a idade, o tempo gasto sozinho em um período de 24 horas, o IMC, o número de medicamentos e o índice de Barthel. Região Norte, Portugal, 2016-2017

| Variáveis | Escala de Morse | |
|--|-----------------|---------|
| | r_s | P |
| Idade | +0.35 | < 0.001 |
| Tempo que você passa sozinho em um período de 24 horas | +0.06 | 0.311 |
| Índice de massa corporal | +0.02 | 0.708 |

Utilizando o teste U de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis, pudemos comparar o risco de queda, também avaliado pelos escores resultantes da escala de Morse, segundo diversas variáveis, na Tabela 4, os resultados nos permitem verificar que existem diferenças

estatisticamente significativas de acordo com o sexo do indivíduo ($z = -4,678$, $p < 0,001$), seu estado civil ($z = -4,948$, $p < 0,001$), as pessoas com quem vive atualmente ($\chi^2 = 26,739$, $p < 0,001$), sua renda mensal ($z = -2,456$, $p = 0,014$), qualificação educacional ($\chi^2 = 16,257$, $p < 0,001$) e o fato de receber algum tipo de apoio ($z = -7,261$, $p < 0,001$).

Tabela 4. Comparação do risco de queda segundo sexo, estado civil, coabitação, animal de estimação, renda, alfabetização, suporte, atividade física, dor, ter caído e uso de auxílio para caminhar. Região Norte, Portugal, 2016-2017

| Escala de Morse | \bar{x}_{ord} | \bar{x} | Md | z ou χ^2 | P |
|--------------------------------|-----------------|-----------|-------|---------------|---------|
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 136.97 | 21.75 | 15.00 | -4.678 | < 0.001 |
| Feminino | 181.05 | 29.93 | 25.00 | | |
| Estado civil (agrupado) | | | | | |
| Não casado | 195.53 | 32.80 | 30.00 | -4.948 | < 0.001 |

| | | | | | |
|---|--------|-------|-------|--------|---------|
| Casado/Vive junto | 145.38 | 23.14 | 15.00 | | |
| Com quem você mora atualmente (agrupado) | | | | | |
| Sozinho | 180.68 | 28.37 | 25.00 | 26.739 | < 0.001 |
| Com o cônjuge | 145.95 | 23.36 | 15.00 | | |
| Com outros parentes / pessoas | 211.73 | 37.17 | 40.00 | | |
| Renda mensal (agrupado) | | | | | |
| ≤ 419,21€ | 171.07 | 28.71 | 15.00 | -2.456 | 0.014 |
| ≥ 419,22€ | 147.81 | 22.81 | 15.00 | | |
| Qualificações educacionais (agrupado) | | | | | |
| Não consegue ler nem escrever | 202.63 | 36.30 | 40.00 | 16.257 | < 0.001 |
| Até a 6ª série | 153.32 | 24.27 | 15.00 | | |
| Do 7º ao 9º ano ou ensino médio | 140.20 | 21.33 | 15.00 | | |
| Recebe algum suporte ou apoio | | | | | |
| Não | 132.71 | 19.89 | 15.00 | -7.261 | < 0.001 |
| Sim | 202.04 | 35.23 | 40.00 | | |

Discussão

Na amostra, 9,1% das mulheres e 4,8% dos homens apresentaram alto risco de quedas, apresentando probabilidade sete vezes maior de cair em relação aos idosos sem risco de quedas e, por sua vez, segundo os mesmos autores, 33,0 % da amostra tem três vezes mais probabilidade de cair⁹. Idade e sexo foram determinantes para o risco de quedas, mulheres¹³ e participantes mais velhos apresentaram um risco aumentado de quedas^{7,14-16}.

Considerando os outros determinantes sociais, houve resultados estatisticamente significantes entre o risco de queda e os idosos solteiros ($p < 0,001$)¹⁴, bem como aqueles que viviam com outros parentes ou outras pessoas. Em outros estudos, o risco foi associado ao fato de o idoso morar sozinho^{17,18}.

Uma possível justificativa para esse resultado pode ser encontrada no fato de um percentual menor de idosos morar sozinho (16,2%), revelando uma boa rede de cuidadores informais. No meio rural, principalmente nas aldeias, o apoio ainda é possível entre as várias pessoas da comunidade, para além do apoio evidente da família, principalmente entre os idosos mais frágeis. Isso também pode ser reflexo do tempo em que os idosos ficam sozinhos na maioria das vezes, passam 0 hora ou menos de 12 horas sozinhos (40,5% e 42,7%, respectivamente).

O baixo nível socioeconômico também foi considerado fator de risco, o risco de quedas é significativamente maior para os idosos de baixa renda ($p = 0,014$)^{14,19}.

Outro fator socioeconômico relacionado ao risco de quedas refere-se à alfabetização, neste estudo, o risco de quedas foi significativamente maior para os idosos que não sabem ler e escrever ($p < 0,001$), o que está de acordo com os dados publicados por Molés Julio, Lavedán Santamaría e Maciá Soler²⁰.

Os idosos que recebem algum tipo de suporte para as Atividades de Vida Diária apresentam risco aumentado de quedas ($p < 0,001$). A necessidade de apoiar o idoso em AVD pode refletir sua maior fragilidade e vulnerabilidade, e o

risco de quedas aumenta com a fragilidade associada ao processo de envelhecimento⁷.

Conclusão

O presente estudo permitiu caracterizar, na amostra selecionada, o risco individual de quedas, bem como seus determinantes sociais, o que possibilitou obter conhecimentos que respondam à questão de pesquisa.

Tendo em vista o envelhecimento da população e as necessidades de saúde da população idosa onde este estudo foi realizado, é imprescindível avaliar o risco individual de quedas e intervir por meio de medidas de redução de risco para diminuir a incidência e lesões das quedas, resultando em quedas individuais, organizacionais, ganhos sociais e econômicos. A estratificação de risco permite ao enfermeiro definir intervenções direcionadas às pessoas que mais podem se beneficiar delas, de acordo com os recursos disponíveis, com prioridade para os idosos com alto risco de quedas.

As intervenções devem fazer parte de um programa ou projeto de prevenção de quedas, onde os determinantes sociais devem estar presentes e envolver a equipe interdisciplinar e a comunidade em geral por meio de parcerias. A educação em saúde é uma estratégia que deve estar presente para capacitar o idoso a desenvolver habilidades que os capacitem a prevenir quedas por meio do manejo de fatores de risco potencialmente modificáveis.

A principal limitação deste estudo é a falta de uma escala validada nacionalmente para avaliar o risco de quedas em idosos residentes na comunidade, daí a seleção da escala de Morse, validada para uso em contexto hospitalar, mas adotada pela Direção-Geral de Saúde e em uso nos sistemas de informação de atenção primária à saúde.

A avaliação das mudanças cognitivo-comportamentais dos participantes não foi baseada nas escalas utilizadas para o efeito, mas na história clínica.

Para a continuidade do presente estudo, sugere-se a construção e validação de uma escala de risco de quedas em idosos residentes na comunidade, para a população portuguesa.

Referências

1. Statistics National Institute. Estimates of Resident population in Portugal 2017 [consulted on February 10, 2020]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
2. Ageing Index. 2018 [consulted on February 10, 2020]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
3. Ageing Index. 2018 [consulted on February 10, 2020]. Available from: <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela;>
4. World Health Organization. World report on ageing and health. 2015 [consulted on February 10, 2020]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/>
5. European Union. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group. Key documents - Action Group A2. 2017 [consulted on February 10, 2020]. Available from: https://ec.europa.eu/eip/ageing/actiongroup/index/a2/key-documents_en
6. World Health Organization. Who Global report on falls Prevention in older Age. 2007 [consulted on February 10, 2020]. Available from: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
7. Láins J, Campos I, Almeida AR, Melo DM, Morais FF, Violante M, et al. Falls in the elderly. In Veríssimo MT. Geriatria fundamental: Saber e praticar. Lisboa: Lidel; 2014. P. 345-7.
8. Costa-Dias MJM, Martins, Araújo F. Morse Falls Scale cut-off point study (MFS). *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; 1(4):65-9.
9. American Geriatric Society & British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatric Society/ British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatric Soc*. 2011; 59(1):148-9.
10. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older persons living in the community. *Cochrane Database Syst Ver*. 2012. doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/epdf
11. Stubbs B, Brefka S, Denkinge, MD. What Works to Prevent Falls in Community- Dwelling Older Adults? Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Phys Ther*. 2015;95(8):1095-15.
12. Costa-Dias MJM, Ferreira PL, Oliveira AS. Cultural and linguistic adaptation and validation of the Morse Falls Scale. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;2(4):7-10.
13. Pereira VM, Carnide F, Machado M, André H, Veloso AP. Falls in Portuguese older people: procedures and preliminary results of the study Biomechanics of Locomotion in the Elderly. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 2012;37(4):324-8.
14. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini EX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalence of falls in the elderly and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):749-7.
15. Paz Jiménez J, Palomino Moral PA, Frías Osuna A, Pina Casaso R. Accidents in Elderly People: Falls and Their Prevention. In Martinez Riera J, Del Pino Casado R. *Manual Práctico de enfermería comunitária*. Madrid: Elsevier; 2014. P. 11-6.
16. Ferraresi JR, Prata MG, Scheicher ME. Assessment of the balance and level of functional independence of the elderly in the community. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015;18(3):499-7.
17. Pereira VM, Carnide F, Ramalho F, André H, Machado M, Rocha RS, et al. Using a multifactorial approach to determine fall risk profiles in Portuguese older adults. *Acta Reumatológica Portuguesa*. 2013;38(4):263-9.
18. Soares WJS, Moraes SA, Ferriolli E, Perracini MR. Factors associated with recurrent falls in the elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2014;17(1):49-11.
19. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, et al. Prevalence of falls in the elderly in Brazil: a national analysis. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1819-7.
20. Molés Julio MP, Lavedán Santamaría A, Maciá Soler ML. Epidemiologia of falls and associated factors in the older population of Castellón. *Gaceta Sanitaria - Sociedad Española de Salud Pública Y Administración Sanitaria*. 2016;30:76.

