

Federal University of Rio de Janeiro State



Journal of Research Fundamental Care Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Determinants of risk of falls among elderly: a systematic study

Determinantes do risco de quedas entre idosos: um estudo sistemático

Factores determinantes del riesgo de caídas en ancianos: un estudio sistemático

Emilene Nóbrega Medeiros¹, Maria Miriam Lima da Nóbrega², Maria de Lourdes de Farias Pontes³, Marileuza Maria de França Vasconcelos⁴, Maria do Socorro Guedes de Paiva⁵, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira⁶

ABSTRACT

Objective: to identify from a systematic literature review the main risk factors for falls among the elderly. **Methods:** the search in the databases was performed using the descriptors fall and elderly; were analyzed 51 articles published from 2005 to 2010, expressing on their resumes risk factors for falls in the elderly. **Results:** the main fall risk factors in the elderly are related to biological, behavioral, environmental and socioeconomic. Other factors identified were the muscle reduction, balance, depression, obstacles in the way, abuse, lack of handrails, crime and the history of falls. **Conclusion:** this study sought to provide a scientific north, not only to aid in the clinical assessment and, in turn, improve the care provided to those under-risk of falling at different levels of health care, more in any case, has its main focus on context of primary care. **Descriptors:** Elderly, Risk of falls, Risk factors.

RESUMO

Objetivo: identificar a partir de uma revisão sistemática da literatura os principais fatores de risco de quedas entre idosos. **Método:** a busca nas bases de dados foi feita por meio dos descritores queda and idoso; foram analisados 51 artigos, publicados no período de 2005 a 2010, que expressavam em seus resumos fatores de risco de quedas em idosos. **Resultados:** os principais fatores de risco de queda no idoso estão relacionados aos aspectos biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconômicos. Outros fatores identificados foram a diminuição muscular, equilíbrio, depressão, obstáculos no caminho, maus tratos, ausência de corrimão, a criminalidade e a história de queda. **Conclusão:** buscou-se com esse estudo oferecer um norte científico, não só para o auxílio na avaliação clínica como, por sua vez, melhorar a assistência prestada àqueles sob-risco de queda nos diferentes níveis de atenção à saúde, mais impreterivelmente, tenha seu foco maior no contexto da atenção primária. **Descritores:** Idoso, Risco de quedas, Fatores de risco.

RESUMEN

Objetivo: identificar a partir de una revisión sistemática de la literatura los principales factores de riesgo de caídas en las personas mayores. **Método:** se realizó la búsqueda en las bases de datos utilizando los descriptores caer y personas mayores; fueron analizados 51 artículos publicados desde 2005 a 2010, que expresan en sus resúmenes factores de riesgo de caídas en las persona mayores. **Resultados:** Los principales factores de riesgo a la baja en personas mayores están relacionados con aspectos biológicos, conductuales, ambientales y socioeconómicos. Demás factores identificados fueron la reducción muscular, el equilibrio, la depresión, los obstáculos en el camino, el abuso, la falta de pasamanos, el crimen y la historia de las caídas. **Conclusión:** Este estudio trata de proporcionar un norte científico, no sólo para ayudar en la evaluación clínica y, a su vez, mejorar la atención a los menores de riesgo de caer en los diferentes niveles de atención de la salud, más, en todo caso, tiene su foco principal en contexto de la atención primaria. **Descritores:** Ancianos, Riesgo de caídas, Factores de riesgo.

¹Psicóloga. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: emilenenobrega@uol.com.br.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Pesquisadora do CNPq. Paraíba, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br. ³Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP-USP; Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria. Paraíba, Brasil. E-mail: pontesshalom@gmail.com. ⁴Enfermeira do Programa Saúde da Família. Aluna do Curso de Especialização Atenção à Saúde e Envelhecimento do MS/UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: mmaryfv@hotmail.com. ⁵Dentista do Programa Saúde da Família. Aluna do Curso de Especialização Atenção à Saúde e Envelhecimento do MS/UFPB. Paraíba, Brasil. E-mail: msguedes10@hotmail.com. ⁶Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. Pesquisadora do Programa Nacional de Pós-Doutorado da Capes. Paraíba, Brasil. E-mail: jpadelaide@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional faz parte da realidade da maioria das sociedades. O que antes era considerado um fenômeno, atualmente é visto como uma resposta às mudanças como a queda da fecundidade e da taxa de mortalidade, bem como o aumento da esperança de vida. O crescimento da população mundial de idosos ocorre de forma rápida. Estima-se que em 2050 a população acima de 60 anos atinja dois bilhões de pessoas e 85% delas vivendo em países em desenvolvimento. Esse dado será histórico na humanidade, ocorrendo pela primeira vez o número de pessoas idosas maior do que o número de pessoas menores de 14 anos.¹ Diante desta realidade, o segmento mais velho, idade superior a 80 anos, é o que mais cresce e particularmente estará mais susceptível a quedas, agravos e complicações no seu quadro crônico considerado decorrente do processo de envelhecimento natural. No Brasil, a realidade não difere, calcula-se que em 2025 teremos cerca de 32 milhões de idosos.¹⁻² Segundo os dados de 2008 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), 11,1% dos brasileiros são pessoas com 60 anos e mais enquanto que 7,2% da população representam crianças de 0 - 4 anos.³

Sabe-se que a população idosa possui, pelas próprias condições de saúde, níveis elevados de vulnerabilidade para um número significativo de eventos tais como doenças crônicas, incapacidade física, quedas e hospitalizações cada vez mais longas. As quedas, em especial, tem expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais. De acordo com a faixa etária a estimativa da incidência de quedas é de 28% a 35% nos idosos com mais de 65 anos e de 32% a 42% nas pessoas com mais de 75 anos.¹

A incidência das quedas aumenta com a idade, com o nível de fragilidade, com o local de moradia e podem variar também entre diferentes países. Estudos prospectivos apontam que 30% a 60% da população com mais de 65 anos já sofreram uma queda a cada ano e a metade apresenta quedas múltiplas, destas ocorrências, aproximadamente 40% a 60% sofrem algum tipo de lesão, sua maioria, em torno de 30% a 50% de menor gravidade, 5% a 6% injúrias mais graves sem fraturas e 5% de fraturas. É válido ressaltar que para os idosos que já sofreram uma queda o risco de cair novamente é elevado, em torno de 60% a 70%, no ano seguinte.⁴

Vista como um importante problema de saúde pública requer, em muitas vezes, atenção médica.¹ É responsável por 20% a 30% dos ferimentos leves e são causa subjacente de 10% a 15% de todas as consultas aos serviços de emergências. Mais de 50% das hospitalizações estão relacionadas a ferimentos ocorridas entre as pessoas acima de 65 anos de idade e as principais consequências causadas pela queda, de todas as admissões ao hospital, são as fraturas do quadril, as lesões traumáticas do cérebro e os ferimentos dos membros superiores.⁵ A magnitude das quedas chega a prolongar a duração das internações e quando ocorre fratura do quadril chega a 20% o percentual de morte após um ano do evento. Esse percentual sobe para 40% quando referente a todas as mortes por ferimentos.¹

Dentre as consequências devido à ocorrência de quedas em idosos, está à dependência, a perda da autonomia, a confusão, a imobilização e a depressão, o que acarreta cada vez mais restrições com relação as suas atividades diárias, surgindo em sua maioria sentimento de inutilidade.⁶⁻⁷ Diante da realidade incapacitante e negativa ocasionada pela queda é visto como essencial para um envelhecimento ativo e seguro sua prevenção, caso contrário o número de lesões decorrente das quedas poderá chegar a 100% mais alto no ano de 2030 quando comparado às últimas três décadas que já foi da ordem de 131%.¹

A queda serve como um sinalizador do início do declínio da capacidade funcional, bem como um sintoma de uma nova doença, elas ocorrem devido à perda do equilíbrio postural, decorrentes de problemas primários do sistema osteoarticular e do sistema neurológico, como também de uma condição clínica adversa que possa afetar os mecanismos do equilíbrio e estabilidade.

A sua definição varia de acordo com os atores envolvidos; para o idoso é definida como perda do equilíbrio, para alguns profissionais de saúde, são eventos que levam a ferimentos e danos à saúde, mas segundo a diretriz anterior queda “é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”.⁸

Para definir os fatores de proteção do risco de queda faz-se necessário que os mesmos sejam compreendidos dentro da perspectiva do curso da vida de cada indivíduo. Os idosos não são considerados um grupo homogêneo e a diversidade individual aumenta com a idade e nessa particularidade da vida a velocidade do declínio pode ser influenciada e revertida em qualquer idade, a partir de medidas individuais e políticas públicas de valorização do idoso.¹

Ao consideramos a queda um fator de morbidade e mortalidade, sobretudo na população cada vez mais idosa (85 anos e mais), acarretando várias perdas, custos, danos emocionais, financeiros, sociais, para o indivíduo, a família e a sociedade, torna-se possível descrever a relevância desse estudo onde se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas que favoreçam a ampliação do conhecimento sobre o risco de quedas em idosos, visando, em especial, a identificação dos fatores de risco, favorecendo desta forma linhas de cuidados e políticas públicas de prevenção, a serem incorporados nas práticas dos profissionais de saúde e ao alcance dos familiares, almejando um envelhecimento seguro e saudável. Desta forma, objetivamos neste estudo identificar, a partir de uma revisão sistemática da literatura, os principais fatores de risco de quedas entre idosos.

MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão sistemática da literatura, realizado para buscar consenso sobre alguma temática específica e sintetizar o conhecimento de uma dada área por meio de etapas metodológicas que incluem a formulação da questão de pesquisa, identificação, seleção e avaliação crítica de estudos científicos.

A questão de pesquisa compreendeu: quais os fatores de risco de quedas em idosos apontados pela literatura pertinente? Para responder a essa questão, analisou-se um *corpus* literário composto por artigos completos, publicados no período de 2005 a 2010, que descreviam sobre a temática. A pesquisa inicial para a localização dos artigos científicos, foi feita na BVS nos bancos de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), utilizando como descritor *quedas and idosos*.

Verificou-se um significativo número de publicações que continha em seus títulos a expressão descrita, porém, ao efetivar a leitura e análise dos seus resumos, observou-se que eles não abordavam os fatores de risco de quedas em *idosos*, mas outros conceitos relacionados, como incapacidade funcional, equilíbrio funcional, morbimortalidade de idosos, consequências do risco de queda, fraturas em idosos, comorbidade, vulnerabilidade, prevenção, dentre outros.

A pesquisa inicial, continha 3.960 artigos; utilizou-se como critérios de inclusão para constituição do banco de dados, os artigos completos, compreendendo 448 artigos, no idioma português, restando 134 artigos e ao limitar o período de 2005 a 2010, 115 artigos. Deste total, utilizou-se como critérios de exclusão tese, monografia e dissertação (8 artigos), artigo que não foi possível ter acesso (1 artigo) ou se repetiam (8 artigos), perfazendo um total de 17, tendo então uma amostra para avaliação de 98 artigos. Destes 98 artigos, 47 artigos não descreviam, especificamente, o tema investigado. Após os procedimentos descritos, no referente às especificidades e busca da literatura, o conjunto de trabalhos científicos analisados compreendeu 51 artigos de periódicos que expressavam, em seus resumos, fatores de risco de quedas em idosos. A avaliação crítica dos artigos consistiu, inicialmente, de leitura aprofundada dos mesmos e, a *posteriori*, elaboração de quadros resumidos tomando como parâmetro os fatores de risco de queda no idoso, para identificar as informações relevantes para responder à questão de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da análise dos 51 artigos selecionados, observou-se que a produção científica que envolve os fatores de risco para quedas teve uma maior publicação no ano de 2009 (16 - 31,4%), seguido pelos anos de 2010 com 13(25,5%), 2006 com 8(15,7%), 2008 com 7(13,7%), 2007 com 6(11,8%) e 2005 com 1(1,9%) artigos científicos publicados sobre a temática investigada.

Quanto ao quantitativo das publicações acerca da temática de fatores de risco para quedas, segundo periódicos selecionados para os estudos, foram utilizados trinta e três periódicos destacando-se importantes revistas brasileiras, tais como, Revista Brasileira de Fisioterapia, Revista da Associação Médica Brasileira, Revista de Saúde Pública, Ciência Saúde Coletiva, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista de Escola de Enfermagem da USP, Texto & Contexto em Enfermagem, Revista Brasileira de Epidemiologia, entre outras.

Para se compreender as contribuições das publicações inseridas no estudo, a análise da literatura ora descrita foi desenvolvida tomando como parâmetros os fatores de risco de queda no idoso apontados no relatório global da OMS¹, referente a prevenção de quedas na velhice, para evidenciar os fatores biológicos, comportamentais, ambientais, e socioeconômicos (figura 1).

Figura 1 - Distribuição dos fatores de risco de queda em idosos de acordo com a literatura pesquisada, segundo os fatores biológicos, comportamentais, ambientais, e socioeconômicos. João Pessoa, 2011

FATORES BIOLÓGICOS	AUTORES
Idade	9,17,18,19,21,24,25,19,29,30,31,33,36,38,39,41,43,45,47,50,52
Gênero	17,19,21,25,28,29,30,31,35,38,43,44,45,47,50,51,52
Raça	23
Doenças crônicas	9,11,13,15,24,25,31,34,39,47,48,49,48
Declínio da capacidade física, cognitiva e afetiva	9,10,12,15,16,20,21,25,27,30,32,34,46,47,48,52
Declínio da acuidade visual	9,21,23,26,27,33,36,38,40,41,47,50
FATORES COMPORTAMENTAIS	AUTORES
Uso de múltiplos medicamentos	9,11,13,15,17,20,21,23,24,25,29,31,34,36,39,44,45,47,48,50,52
Consumo excessivo de álcool	41,
Sedentarismo	17,18,19,53

Calçados inadequados	9,21,27,34,51
FATORES AMBIENTAIS	AUTORES
Degraus estreitos	21,24,34,43
Superfície de escadas escorregadias	9,22,34
Tapetes soltos	21,24,27,34,37,51
Iluminação insuficiente	9,34,36,37,43,46,51
Design inamistoso de prédios	18,22,42
Calçadas quebradas	9,22,24,22
Pisos escorregadios	9,10,14,20,21,22,24,27,28,36,37,41,45,46,47
Iluminação pública insuficiente	9,18
FATORES SOCIOECONÔMICOS	AUTORES
Baixa renda	17,
Pouca educação	17,21,41,43,48,50
Habitação inadequada	24,36,
Falta de interação social	32,48

As quedas podem ser causadas por fatores extrínsecos, também conhecidos como ambientais e fatores intrínsecos, como também por situações circunstanciais. Porém, elas ocorrem como resultado de uma complexa interação de diversos fatores de risco. Os fatores de risco refletem a diversidade de determinantes de saúde que afetam o bem estar direto ou indiretamente, podendo ser compreendidos em diversas dimensões. De acordo com os dados encontrados nos artigos pesquisados, referentes aos fatores de risco de quedas, em indivíduos acima de sessenta anos, os mesmos foram classificados de acordo com os fatores biológicos, comportamentais, ambientais, e socioeconômicos.

No tocante aos fatores de risco biológicos a literatura confirma as características pessoais, como a idade, o gênero, a raça, as doenças crônicas, o declínio da capacidade física, cognitiva e afetiva e o declínio da acuidade visual. Esses fatores não são modificáveis, bem como às mudanças ocorridas com o próprio envelhecimento, como declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas e à comorbidade associado às doenças crônicas. A idade é mencionada nos estudos por se tratar de um fator de risco que eleva significativamente o número de quedas em idosos.^{47, 52} O envelhecimento natural do indivíduo traz consigo perda de equilíbrio, alterações na massa muscular e óssea, perda de força física, alterações fisiológicas, diminuição da visão e audição, bem como limitações da mobilidade e perda da autonomia.^{17-19,21,24-25}

Em um estudo foram avaliados 40 indivíduos, dos quais 26 apresentaram baixo risco para quedas, 7 apresentaram risco moderado e 7 alto risco, pontuação obtida pela Escala *Timed Up and Go*. Apesar de o resultado apontar uma baixa propensão a cair, entretanto, a idade avançada e o uso de auxiliar de marcha mostraram-se como fatores associados ao aumento desta propensão.³⁹

Esses dados não diferem, quando relacionado ao atendimento em emergências decorrente de quedas, a faixa etária entre 70 a 79 anos foram 2,10 vezes mais atendidos por esse serviço do que aqueles com faixa etária de 60 a 69 anos, e os indivíduos de 80 anos e mais foram 2,26 vezes significativamente mais prováveis de serem atendidos por uma queda do que pelas outras causas externas.⁴⁵

Outro determinante considerado imprescindível é com relação ao sexo feminino que tende a ser um fator de risco para as quedas. Em estudo, a prevalência encontrada de quedas entre idosos foi de 34,8%, quando comparado o gênero, o sexo feminino apresenta 40,1%.¹⁷ Em outros estudos essa prevalência ficou em torno de 62,5% das quedas^{21,35,51} e como justificativa para tal achados, sugere-se a exposição das mulheres a serviços diários²⁸, a terem maior fragilidade devido a perda da massa e força muscular ser maior do que nos homens, a apresentarem maior risco de doenças crônicas^{21,25,51-52}, bem como devido à maior longevidade³⁸ e a presença de doenças degenerativas como a osteoporose.⁴⁵

Os idosos que apresentam maior número de doenças, também aumentam a probabilidade de ocorrência de quedas^{9,34,43}, isto por elas comprometerem a capacidade de julgar uma queda iminente e proceder à ação corretiva, bem como gerarem enrijecimento das articulações, limitações de mobilidade, diminuição da autonomia, diminuição do desempenho de marcha e de equilíbrio em níveis indesejáveis.³¹ O fato da existência de várias doenças ocasionam número maior de medicações, elevando os efeitos da interação medicamentosa, que no idoso ocorre de forma acentuada, devido às alterações na absorção, metabolismo e eliminação das drogas que decorrem.⁴³

Os declínios das capacidades cognitiva, física e afetiva são vistas em muitos estudos por agravarem a autonomia, a acuidade visual, a audição, a realização das atividades de vida diária, limitando o idoso em várias áreas e comprometendo desta forma o seu envelhecimento saudável. As quedas estão fortemente associadas ao declínio da função física, representado, no âmbito funcional, pela diminuição ou perda da habilidade de desempenhar ou cumprir as demandas da vida diária, diante dos desafios ambientais.^{10,15,25,30,32,34,50} A sarcopenia é vista como o principal fator responsável pela redução da capacidade funcional do idoso que ocasiona diminuições na força muscular, no equilíbrio, na flexibilidade e na resistência aeróbia, dificultando a realização de tarefas simples do dia a dia como o caminhar, subir escadas e carregar pequenos objetos.¹⁶

O próprio envelhecimento debilita o indivíduo mesmo que não possuam doença, devido as alterações fisiológicas como a limitação das funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas a dependência, com perda da autonomia e conseqüentemente perda da qualidade de vida.^{21,27,46,47,52} O declínio cognitivo, também natural do envelhecimento, causa inúmeras limitações bem como diminuição de capacidades como memória, coordenação, raciocínio, desorientação espacial, alterando também a qualidade de vida e necessitando de mais autocuidado.⁴⁷⁻⁴⁸ Em um estudo o índice de determinação da correlação entre o declínio cognitivo e o risco de queda em idosos entre 15% e 38%, indicando que tal variável está associada ao aumento de quedas em idosos e contribui para isso de forma importante⁵, destacamos também a demência e a diminuição da acuidade visual, presentes em 16 idosos (35,6%), como importante fator de risco.⁴⁷

Os fatores de risco comportamentais dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias, são modificáveis; são exemplos o uso de múltiplos medicamentos, uso excessivo de álcool, o sedentarismo e o uso de calçados inadequados, conforme evidenciado na figura 1.

Com o próprio envelhecimento, associado a existência de várias doenças crônicas é necessário se ter um controle de estratégias terapêutica para o uso de vários medicamentos.⁹ O uso de medicamentos que provocam sonolência, alteram o equilíbrio, a tonicidade muscular e/ou provocam hipotensão, faz com que o idoso levante à noite para urinar e facilite quedas e conseqüentes fraturas.²⁰ As conseqüências mais comuns, após a queda, além de produzir uma perda de autonomia e de qualidade de vida, conseqüências físicas, psicológicas e sociais¹², pode repercutir entre os seus cuidadores e familiares.

Os medicamentos e as drogas mais frequentemente relacionadas às quedas são: sedativos/hipnóticos, antidepressivos, diuréticos, anti-hipertensivos, vasodilatadores, anti-inflamatórios não esteroides, analgésicos, digitálicos e medicação tópica ocular. Identificou-se nos estudos que o consumo médio por indivíduo associado ao risco de quedas foi de 3,5, sendo as drogas utilizadas os diuréticos²¹, psicoativos^{9,11,15,21} e anti-hipertensivos.²¹ A prevalência de idosos que necessitam de cinco ou mais medicamentos de uso contínuo foi de 28,3%⁽²³⁾, em outro estudo esse percentual foi de 20%²⁴, e quanto ao uso de três ou mais medicamentos houve uma prevalência de 59,7%.²⁵

O sedentarismo tem se tornado cada vez mais frequentes nos dias de hoje, e com isso o indivíduo acelera as perdas funcionais de forma mais rápida. Com idoso isso se torna mais maléfica e

de intensidade elevada, pois com a idade avançada já existe as perdas funcionais natural do envelhecimento. Essa variável é vista como fator de risco por acentuar o risco de queda.¹⁸

Também é muito comum no idoso o uso de calçados inadequados, considerado como um grande fator de risco de quedas, com prevalência de 35,5%²¹, principalmente devido a existência dos outros fatores ambientais, como tapetes, pisos escorregadios, calçadas inadequadas, pouca iluminação, bem com fatores biológicos como a perda do equilíbrio, mobilidade, tonturas, efeitos adversos de medicações. Apesar de ser descrito nos estudos^{17-19,53}, também é visto ao se descrever os fatores extrínsecos na literatura em geral.

Na dimensão ambiental, os fatores de risco incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que o cerca, como os problemas dos ambientes públicos. Esses não são individualmente causas de quedas, mais com a interação com os outros fatores acentuam a ocorrência das mesmas. Por exemplo, degraus estreitos, tapetes soltos, calçadas quebradas ou irregulares, a iluminação insuficiente em locais como praças e ruas, superfície de escadas e pisos escorregadios, entre outros são problemas domésticos que contribuem para as quedas responsáveis por lesões (Figura 1).

Os estudos buscam alertar para a precariedade das moradias improvisadas e não adaptadas para ser uma residência de idosos, não oferecendo as condições necessárias para sua segurança.²⁴ É constante nos estudos a presença de fatores de risco para quedas em idosos, como o uso de tapetes soltos (50,5%), degraus estreitos e escorregadios (61,1%), pisos escorregadios (58,5%)²¹, calçadas quebradas e irregulares²², iluminação insuficientes, entre outros que são responsáveis pelas quedas em idosos classificadas como acidentais. Aqui é percebido além de uma negligência pública, devido a não adequação dos ambientes públicos para essa população, como também para os familiares e os próprios idosos que precisam seguir as orientações, e realizar as adequações no domicílio.

Esses fatores ambientais podem ser vistos pelos profissionais e familiares como fáceis de detecção, mas em relação à adequação e adesão das orientações para que a casa seja um local de segurança, tornam-se os mais difíceis de praticar. Corroboram os estudos que mostram o local das quedas, no próprio quarto do idoso⁴⁸, em na própria residência 65,8%⁴⁰ dos casos atendidos.

A alta prevalência de riscos ambientais nos domicílios dos idosos é fator determinante para o risco de queda bem como a magnitude do declínio de sua saúde física, mental e psicossocial. Em um estudo foi apresentando a presença de degraus dentro da casa com 57,89%, presença de degraus para sair de casa com 65,78%, ambiente com pouca iluminação com 63,15%, ausência de corrimão no banheiro com 97,36% e níveis diferentes no chão do banheiro com 65,78%.³⁸ Das ocorrências de sequelas, 92% foram relatadas pelo sexo feminino, fazendo surgir um novo fator de risco, encontrado na literatura que é o medo de cair novamente.^{43,47}

Os fatores de risco socioeconômico identificados na literatura confirmam os apresentados no relatório da OMS, que incluem baixa renda, pouca educação, habitação inadequada, e a falta de interação social. Ressalta-se que o pouco acesso ao cuidado de saúde e qualquer outro relacionado à influência das condições sociais e do status econômico de cada indivíduo, e a capacidade de enfrentá-los, que são fatores de riscos apontados pela OMS, não foram encontrados nos artigos pesquisados.

Com relação à baixa escolaridade foi identificado nos estudos que o percentual de idosos com o nível de escolaridade primária completo chega a 42,7%⁴⁸, e de analfabetos e sem primário completo com 63,2%.⁴⁴ Outro fator importante é a falta de interação social, que leva os idosos a perda sua autonomia, não ter atividade social, redes sociais de apoio, apresentar queixas de depressão e morar sozinho.^{32,48}

Outros fatores de risco de quedas apontados nos estudos que chamou a atenção foi a diminuição muscular, equilíbrio, depressão, obstáculos no caminho, maus tratos, ausência de corrimão, a criminalidade e a história de queda, que individualmente poderiam não se caracterizar uma fator determinantes para quedas em idosos, mas nos preocupa quanto agentes de saúde, que podem está avaliando cada um separadamente no intuito de neutralizá-los.

CONCLUSÃO

De acordo com a revisão integrativa da literatura realizada sobre os fatores de risco para quedas em idosos o estudo permitiu elencar de forma organizada e categorizada os fatores de risco de maior prevalência, o que pode auxiliar os profissionais da saúde a direcionar ações de prevenção e promoção da saúde do idoso, bem como estabelecer os cuidados e tratamentos necessários para indivíduos susceptíveis a esse fenômeno. Diante da sistematização dos pontos mais importantes no que se refere a prevenção, poderá estabelecer protocolos assistenciais para o auxílio da avaliação do idoso que procura os serviços de saúde, bem como avaliação domiciliar e as orientações e adequações necessárias a casa, a rotina e a conduta do idoso e seus familiares e cuidadores.

É preciso que o foco não seja direcionado a idosos acima de setenta anos, apesar de a idade avançada ser um fator de risco, mais é necessário que seja realizado atividades e ações educativas antes dos sessenta anos. Portanto, é imprescindível que a sistematização das ações preventivas seja para todos os indivíduos que apresentem qualquer fator de risco para quedas.

Buscou-se com esse estudo oferecer um norte científico não só para o auxílio na avaliação clínica como, por sua vez, melhorar a assistência prestada àqueles sob-risco de queda nos diferentes níveis de atenção à saúde, mais impreterivelmente, tenha seu foco maior no contexto da atenção primária.

Considerando, sobretudo, que a realização dessas ações preventivas seja ainda exclusiva do cuidado de enfermagem, salientamos que a saúde do idoso, seu envelhecimento saudável, o equilíbrio de sua saúde física, mental e biopsicossocial, seja realizado por todos os atores envolvidos, o idoso, o cuidador, a família, os profissionais de saúde, as políticas públicas sociais, para que possamos cada vez mais ter em nosso convívio idoso saudáveis, autônomos, ativos, dinâmicos e com condições clínicas para viver melhor diante da longevidade que atualmente lhe cerca.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento MS, Rodrigues ZL. O Lacen e a importância dos dados laboratoriais de baciloscopias para confirmação do diagnóstico, classificação de casos, acompanhamento e alta do paciente com hanseníase. *Rev Intersaberes*. 2010;10(5):285-312.
2. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto & contexto enferm*. 2011;20(Esp):238-46.

3. Monteiro LD, Alencar CHM, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD, Heukelbach J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no norte do Brasil. *Cad saúde Pública*. 2013;29(5):909-20.
4. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Simpson CA, Pinheiro MGC, Duarte LMCP, Silva TMS. Schoolchildren's knowledge on prevention, diagnosis and treatment of leprosy. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2011 July [cited 2013 July 10];5(5):1161-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1533/pdf_546 doi: 10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201111
6. Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto & contexto enferm*. 2009;18(1): 100-7.
7. Hinds PS, Chaves DE, Cypress SM. Context as a source of meaning and understanding. *Qual Health Res*. 1992;2(1):61-74.
8. Santos LNM, Oliveira EAR, Silveira FDR, Castro SFF, Pedrosa JIS, Nogueira LT. Intersectoriality and health in the family health strategy: integrative review. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 July [cited 2013 July 10];7(spe):4868-74. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3925/pdf_3013 doi: 10.5205/reuol.4700-39563-1-ED.0707esp201307
9. Lana FCF, Carvalho APM, Davi RFL. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(1):62-7.
10. Silva FRF, Costa ALRC, Araújo LFS, Bellato R. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. *Texto & contexto enferm*. 2009;18(2):290-7.
11. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2011 Oct 21 [cited 2012 July 13]. Available from: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/nova_pnab_-_portaria_no_2488_0.pdf
12. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde: coleção para entender a gestão do SUS 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. Coscrato G, Bueno SMV. Postura profissional do enfermeiro à luz de Freire: entrelaces com o sistema único de saúde. *Sau & Transf Soc*. 2012;3(1):79-84. Available
14. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):581-6.
15. Fernandes MC, Barros AS, Silva LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):11-5.
16. Sangi KCC, Miranda LF, Spíndola T, Leão AMM. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. *Rev enferm UERJ*. 2009;17(2):209-14.
17. Ayres JA; Paiva BSR; Duarte MTC; Berti HW. Repercussões da hanseníase no cotidiano de pacientes: vulnerabilidade e solidariedade. *REME rev min Enferm* [Internet]. 2012 jan/mar [cited 2013 July 10];16(1):56-62. Available from: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4fccf66a17245.pdf

18. Rodrigue LC, Lockwood DNJ. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. *Lancet Infect Dis.* 2011;11(6):464-70.
19. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010 (BR). Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. *Diário Oficial da União [Internet].* 2010 Oct 07 [cited 2012 July 15]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf
20. Portaria nº 594 de 29 de outubro de 2010 (BR). Estabelece mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais e Municipais de Atenção à Hanseníase. *Diário Oficial da União [Internet].* 2010 Nove 04 [cited 2012 July 15]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_594_de_29_11_2010.pdf
21. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. *Agenda estratégica 2011-2015.* Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
22. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015.* Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
23. Soares DA. A enfermagem no contexto das mudanças paradigmáticas. *Diálogos & Ciência.* 2009;3(9):79-89.

Received on: 01/08/2014
Required for review: No
Approved on: 01/12/2014
Published on: 20/12/2014

Contact of the corresponding author:
Mônica Gisele Costa Pinheiro
Natal - RN - Brasil
Email: monicapinheiro@live.com