



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

ANDRESSA CARES FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Goiânia-GO

2022

ANDRESSA CARES FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Projeto de conclusão de curso elaborado para fins de avaliação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.
Orientador: Professor Dr. Leonardo Lopes do Nascimento.

Goiânia-GO
2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO ESCRITA

Título do trabalho: Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde

Acadêmico(a): Andressa Cares Ferreira

Orientador(a): Prof. Dr. Leonardo Lopes do Nascimento

Data: 15/06/2022

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)	
Item	
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.
1.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.
1.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto
1.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessário
1.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.
1.	Discussão** – Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.
1.	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.
1.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.
1.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC
1.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer as normas da língua portuguesa
Total	
Média (Total/10)	

Assinatura do examinador: _____

Data: ____/____/____

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e sequência do trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Assinatura do examinador: _____

Data: ____/____/____

Sumário

1 RESUMO	6
2 INTRODUÇÃO	8
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS	11
5 TABELA 1	12
6 TABELA 2	13
7 TABELA 3	13
8 FIGURA 1	14
5 DISCUSSÃO	14
6 CONCLUSÃO	16
7 REFERÊNCIAS	17

RESUMO

Introdução - O envelhecimento é um processo que acontece naturalmente, levando ao comprometimento das funções do organismo o que pode acarretar a queda do idoso. A etiologia das quedas é multifatorial e podem ser divididos em fatores extrínsecos e intrínsecos sendo assim a principal causa de morte e lesões. **Objetivos** – avaliar o risco de quedas e caracterizar o perfil dos idosos frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde. **Métodos** - Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal que avaliou o risco de quedas em 40 idosos frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde, por meio do questionário *Fall Risk Score*, com pontuação de 0 a 11, pontuação > 2 é igual a alto risco de quedas, composto por vários domínios, mas, apenas 5 critérios de avaliação: medicação, frequência de quedas, déficit sensorial, estado mental e marcha. Na análise estatística foi usado o teste de Shapiro-Wilk, teste t de Student e Qui-quadrado de Pearson/Posthoc por meio do pacote *Statistical Package for Social Science*) versão 26,0 e com significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados** – Os 40 idosos avaliados eram predominantemente do sexo feminino, com idade média $66,88 \pm 5,97$ anos, predominantemente do sexo feminino (75%), casadas (42,5%) com sobrepeso (55%), baixa escolaridade (52,5%), com marcha insegura (44%), com queda da própria altura (70,8%) e faziam uso de anti-hipertensivos (78,3%). **Conclusão** - Os entrevistados foram caracterizados em mulheres, casadas, hipertensas, com sobrepeso, quedas da própria altura em quintais, baixa escolaridade e marcha insegura, classificados com alto risco de quedas, por fatores intrínsecos e/ou extrínsecos, os quais podem ser identificados e evitados através de planejamentos individuais de medidas preventivas.

Palavras-chave: Idoso. Acidente por Quedas. Saúde do Idoso. Envelhecimento

ABSTRACT

Introduction - Aging is a process that happens naturally, leading to impairment of the functions of the organism which can lead to the fall of the elderly. The etiology of falls is multifactorial and can be divided into extrinsic and intrinsic factors and thus the main cause of death and injuries. Objectives – to evaluate the risk of falls and characterize the profile of elderly people attending a Basic Health Unit. Methods - This is a descriptive cross-sectional study that evaluated the risk of falls in 40 elderly people attending a Basic Health Unit, through the Fall Risk Score questionnaire, with scores from 0 to 11, score > 2 is equal to high risk of falls, composed of several domains, but only 5 evaluation criteria: medication, frequency of falls, sensory deficit, mental state and gait. In the statistical analysis, the Shapiro-Wilk test, student's t-test and Pearson's Chi-square/Posthoc were used using the Statistical Package for Social Science package) version 26.0 and with significance of 5% ($p < 0.05$). Results – The 40 elderly evaluated were predominantly female, with a mean age of 66.88 ± 5.97 years, predominantly female (75%), married (42.5%) overweight (55%), low schooling (52.5%), with unsafe gait (44%), with falls from their own height (70.8%) and used antihypertensivedrugs (78.3%). Conclusion - The interviewees were characterized in

women, married, hypertensive, overweight, falls from their own height in backyards, low schooling and unsafe gait, classified as high risk of falls, by intrinsic and/or extrinsic factors, which can be identified and avoided through individual planning of preventive measures.

Keywords: Aged. Accidental Falls. Health of the Elderly. Aging

Introdução

O envelhecimento é um processo que acontece naturalmente levando a diminuição da vitalidade, das disfunções sensoriais, motoras, ósseas e cardiovasculares. O comprometimento das funções do sistema nervoso central, dos sistemas vestibulares e da propriocepção, afeta diretamente no equilíbrio do idoso, causando a vertigem ou tontura (RUWER et al.,2005).

A relação do comprometimento das funções do organismo e o envelhecimento, pode acarretar a queda do idoso. Devido a isso, a queda é uma das quatro condições preocupantes que o envelhecimento traz à tona promovendo a necessidade de interferência e tratamento específico. Essa condição se define como um evento que acontece involuntariamente, em que a pessoa sai da sua posição inicial partindo para o solo (GAC et al., 2003; ÁLVAREZ e RODRIGUES-MAÑAS, 2006).

A etiologia das quedas é multifatorial, mas podemos relacionar os riscos das quedas com os fatores sensoriais, demográficos, comorbidades e números de quedas (SMITH et al., 2017). Esses multifatores podem ser divididos em extrínsecos, aqueles relacionados a condições ambientais e intrínsecos, aqueles relacionados a condições individuais do paciente. Entre os fatores extrínsecos temos as calçadas inadequadas e tropeços, principalmente em degraus e pisos escorregadios. Já a perda de força muscular, dificuldade na deambulação, desequilíbrio postural e uso de alguns medicamentos, são os fatores intrínsecos mais comuns (SCHIAVETO, 2008).

A qualidade de vida (QV) do idoso depende da situação de saúde, caso ele tenha problemas de saúde, se torna ainda pior quando agregada a violência, acidentes e fatores de riscos para quedas, podendo levar a dependência, incapacidades, até mesmo a fatalidade, pois este evento se tornou a principal causa de mortes e lesões em pessoas idosas, com ênfase naqueles que apresentam menor nível socioeconômico comparado aos idosos da população em geral (RIBEIRO et al.,2006; KIM et al.,2020).

A avaliação de risco deve estudar todos esses fatores, ou seja, revisar todas as causas. Questionários e testes padrões podem ser aplicados para realizar a avaliação e desta forma orientar os profissionais de saúde na identificação de fatores que podem ser modificados afim de reduzir o risco de quedas (PHELAN e RITCHEY, 2018).

Os idosos pesquisados são frequentadores dos bairros periféricos, provenientes da falta de estrutura adequada, como calçadas com relevo, estreitas, sem desmatamento ou até mesmo ausentes, falta de sinalização e pavimentação, insuficiente coleta de lixo e ruas esburacadas esses são fatores extrínsecos para quedas e consequentes sequelas. Devido à falta de autonomia e independência provocada pelas quedas nos idosos, o presente estudo agrega com importância este tema para esta população e profissionais da saúde, fornecendo informações para a busca de programas de prevenção, educação e constante avaliação do risco de quedas, evitando possíveis problemas físicos e mentais dos idosos, além da diminuição dos problemas de saúde pública.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o risco de quedas e caracterizar o perfil dos idosos frequentadores de uma unidade básica de saúde.

Metodologia

Este estudo descritivo de corte transversal é parte do Estudo FISIOCAP (Fisioterapia Cardiovascular na Atenção Primária), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Goiás (CEP-UEG), sob n.3.715.792 e nº 510/2016 do Conselho Nacional em Saúde (CNS). Os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando com a participação do estudo.

A amostra foi constituída por 50 idosos, frequentadores da Unidade de Saúde de Saúde (UBS), na cidade de Goiânia/Goiás-Brasil. Essa instituição foi escolhida por apresentar quantidade suficiente de idosos cadastrados e por ser uma região em que apresentam pouca iluminação, falta de limpeza e coleta do lixo, escassez de pavimentação, pouca acessibilidade, calçadas esburacadas e/ou ausência de calçadas que são estruturas que levam a grandes possibilidades de quedas dos idosos.

Os participantes foram contatados diante as informações presentes nos seus cadastros pela UBS, dessa forma a realização da coleta ocorreu através do preenchimento de questionários físicos, preenchidos pelos dados colhidos por meio do contato pessoal.

Para a seleção dos participantes os critérios de inclusão foram os frequentadores da UBS com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos,

em boas condições físicas e mentais para responderem os questionários e foram excluídos os questionários incompletos. O período de coleta de dados foi de agosto a novembro de 2021.

O risco de quedas foi avaliado a partir de um questionário sociodemográfico contendo: nome, sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), estado civil, números de filhos, escolaridade, se pratica atividade física, qual é a sua frequência, como considera a sua saúde e quantas pessoas moram em sua casa e o *Fall Risk Score de Downton* (1992), validado por um Comitê de Juízes composto pelo pesquisador, três tradutores, uma orientadora e quatro profissionais da saúde. Foi assinado pelos idosos o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução nº466, de dezembro de 2012 para poderem prosseguir com a coleta de dados composta de informações (SCHIAVETO, 2008).

O *Fall Risk Score de Downton* é composto pelos seguintes domínios para avaliação: se já teve quedas anteriores e o número de quedas ocorridas no último ano (12 meses), se há déficit sensorio, se é orientado ou confuso, o local da queda, se havia ingerido alguma substância medicamentosa e/ou alcóolica antes de cair, a causa da queda, se no momento usava acessórios de apoio e/ou vestimenta e calçados inadequados que atrapalhavam a marcha, como é a sua forma de andar, se foi hospitalizado e/ou levado a cirurgia, qual a consequência mais grave e o seu resultado e o local da fratura, se caso houve (SCHIAVETO, 2008).

A pontuação do questionário varia de 0 – 11, em que se o idoso adquirir igual ou superior a 3 ele é classificado com alto risco de quedas. É composto por 5 critérios de avaliação: medicação, frequência de quedas, déficit sensorial, estado mental e marcha (REIS, L. et al., 2013).

A caracterização do perfil da amostra de acordo com o risco de quedas foi feita por meio de tabelas de contingência. As estatísticas descritivas utilizadas foram: frequência absoluta; frequência relativa, média e desvio padrão. A avaliação do pressuposto da parametricidade dos dados foi feita aplicando-se o teste de Shapiro-Wilk. A associação entre o risco de quedas e o perfil dos pacientes foi realizado aplicando-se o teste t de Student e Qui-quadrado de Pearson/Posthoc. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 26,0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

Foram excluídos 10 questionários por estarem incompletos e a amostra final foi constituída por 40 idosos com idade média de $66,88 \pm 5,97$ anos, predominantemente do sexo feminino (75%), casadas (42,5%) com sobrepeso (55%) e baixa escolaridade (52,5%) (Tabela 1).

Os resultados da avaliação dos idosos foram classificados em alto risco de quedas com pontuação maior que 2 pontos (62,5%) ou baixo risco de quedas, com igual ou maior que 2 pontos (37,5%), baseado na amostra obtida.

Entre as três escolaridades avaliadas, idosos que fizeram até o ensino superior (7,5%), ensino médio (40%), ensino fundamental (52,5%). Os indivíduos que apresentaram alto risco de quedas foram em sua maioria os que estudaram até o ensino fundamental (56,6%) ou médio (40%) (Tabela 1).

A população avaliada apresentou uma média de $4,45 \pm 4,73$ ($p = 0,01$) episódios de quedas nos últimos 12 meses (Tabela 3). Quando analisamos os fatores intrínsecos para quedas verificamos que os idosos que relataram terem marcha normal apresentaram baixo risco de queda (93,3%), enquanto os portadores de marcha insegura apresentaram alto risco de queda (44%, com $p = 0,01$). A queda da própria altura se destacou nos resultados (70,8% com $p = 0,03$), onde os indivíduos que caíram da sua própria altura também foram classificados com alto risco de queda, assim como os que possuíram marcha insegura (Tabela 2).

Quando analisamos os fatores extrínsecos, os locais da queda mais frequente foram o quintal (37,5%) seguido das calçadas (21,9%). Os ambientes com mais evidência de quedas dos idosos podem estar relacionados com uso de medicamentos, fator intrínseco desencadeante de quedas, afinal eram hipertensos (58,3%) e usaram medicamento antes da queda, apresentando alto índice de quedas, enquanto os que não utilizaram nenhum remédio antes do episódio, apresentaram baixo risco de quedas (87,5% com $p = <0,01$) (Tabela 3).

Para verificar a qualidade do questionário *Fall Risk Score* na avaliação do risco de quedas nos idosos foi utilizado uma curva ROC. A área sob a curva estima a acurácia de 84% (IC: 95% 0,68 a 0,93) com sensibilidade de 75% e especificidade de 87,5%. Considerando assim o critério de avaliação > 2 para aqueles com alto risco de quedas, com $p > 0,001$ (Figura 1).

Tabela 1. Caracterização e associação do risco de queda com o perfil sociodemográfico (n = 40).

	Risco de queda		Total	p
	Baixo risco 15 (37,5)	Alto risco 25 (62,5)		
<i>Média ± DP</i>				
Idade (anos)	69,00 ± 6,59	65,60 ± 5,29	66,88 ± 5,97	0,08**
Peso (Kg)	68,57 ± 11,58	69,13 ± 12,29	68,92 ± 11,88	0,88**
Altura (m)	1,60 ± 0,07	1,61 ± 0,07	1,60 ± 0,07	0,70**
IMC	26,83 ± 3,94	26,77 ± 4,17	26,80 ± 4,04	0,96**
<i>n (%)</i>				
Faixa etária				
60 a 69	7 (46,7)	19 (76,0)	26 (65,0)	0,06*
70 a 84	8 (53,3)	6 (24,0)	14 (35,0)	
Sexo				
Feminino	10 (66,7)	20 (80,0)	30 (75,0)	0,34*
Masculino	5 (33,3)	5 (20,0)	10 (25,0)	
IMC				
Normal	2 (13,3)	9 (36,0)	11 (27,5)	0,18*
Obesidade I	2 (13,3)	5 (20,0)	7 (17,5)	
Sobrepeso	11 (73,3)	11 (44,0)	22 (55,0)	
Estado civil				
Casado	7 (46,7)	10 (40,0)	17 (42,5)	0,74*
Divorciado	3 (20,0)	3 (12,0)	6 (15,0)	
Solteiro	1 (6,7)	4 (16,0)	5 (12,5)	
Viúvo	4 (26,7)	8 (32,0)	12 (30,0)	
Escolaridade				
Ensino fundamental	7 (46,7)	14 (56,0)	21 (52,5)	0,53*
Ensino médio	6 (40,0)	10 (40,0)	16 (40,0)	
Ensino superior	2 (13,3)	1 (4,0)	3 (7,5)	

*Qui-quadrado; **Teste t de Student; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão

Tabela 2. Caracterização e associação do risco de queda com a atividade física, avaliação da própria saúde, déficit sensorio e marcha (n = 40).

	Risco de queda		Total	p*
	Baixo risco 15 (37,5)	Alto risco 25 (62,5)		
Marcha				
Normal	14 (93,3)‡	13 (52,0)	27 (67,5)	0,01
Inseguro	0 (0,0)	11 (44,0)‡	11 (27,5)	
Seguro com equipamento para caminhar	1 (6,7)	1 (4,0)	2 (5,0)	

*Qui-quadrado; ‡*Posthoc*; n = frequência absoluta; % = frequência relativa

Tabela 3. Caracterização e associação do risco de queda com o a prevalência e descrição das quedas (n = 32).

	Risco de queda		Total	p
	Baixo risco 15 (37,5)	Alto risco 25 (62,5)		
<i>Média ± DP</i>				
Nº de quedas em 1 ano	2,67 ± 4,37	5,52 ± 4,70	4,45 ± 4,73	0,01**
n (%)				
Altura da queda				
Cama	1 (12,5)	2 (8,3)	3 (9,4)	0,03*
Escada	0 (0,0)	5 (20,8)	5 (15,6)	
Moto	2 (25,0)‡	0 (0,0)	2 (6,3)	
Própria altura	5 (62,5)	17 (70,8)‡	22 (68,8)	
Local da queda				
Banheiro	1 (12,5)	2 (8,3)	3 (9,4)	0,81*
Calçada	1 (12,5)	6 (25,0)	7 (21,9)	
Cozinha	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (3,1)	
Quarto	1 (12,5)	2 (8,3)	3 (9,4)	
Quintal	3 (37,5)	9 (37,5)	12 (37,5)	
Rua	2 (25,0)	2 (8,3)	4 (12,5)	
Sala	0 (0,0)	2 (8,3)	2 (6,3)	
Uso de medicamento antes da queda				
Não	7 (87,5)‡	4 (16,7)	11 (34,4)	<0,01*
Antidepressivo e hipertensivo	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (3,1)	
Hipertensivo	1 (12,5)	14 (58,3)‡	15 (46,9)	
Hipertensivo e diurético	0 (0,0)	5 (20,8)	5 (15,6)	

*Qui-quadrado; ‡*Posthoc*; **Teste t de Student; n = frequência absoluta; % = frequência relativa; DP = desvio padrão

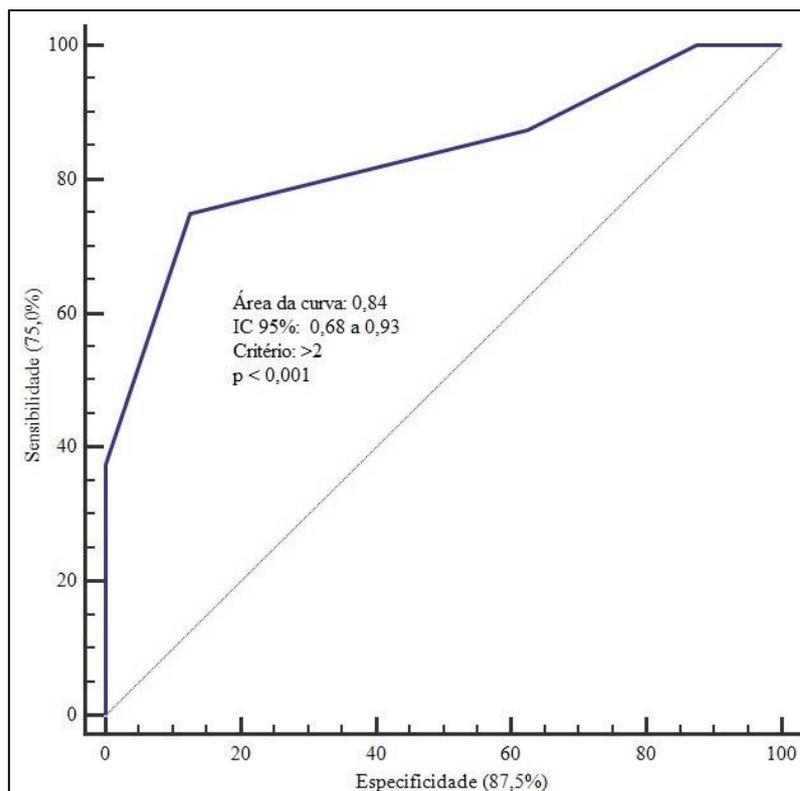


Figura 1 - Curva ROC do *Fall Risk Score* - Goiânia – 2022

Discussão

O presente estudo obteve a predominância de mulheres, representando 75% do total de entrevistados. Em relação ao estado civil dos entrevistados 30% eram viúvas, assim nos confirma a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens, os quais deixam suas esposas neste estado civil. A prevalência do sexo feminino é corroborada pelo estudo de Couto e colaboradores (2010) onde certifica-se que as mulheres tendem a procurar com maior frequência os serviços de saúde comparado aos homens e usufruírem por meio de exames de rotina e prevenção.

Os valores da baixa escolaridade encontrada nesse estudo corroboram com a pesquisa entre idosos caídores e não caídores do Silva e colaboradores (2021), onde apresentaram uma análise de correlação evidenciada por uma correlação média da escolaridade ($\rho=0,482$; $\rho=-0,409$), ρ : coeficiente de correlação de Spearman.

Paiva e colaboradores (2020) relatam que esses dados podem ser explicados pela ausência de informações que o idoso obteve ao longo da vida escolar, concluindo que a educação poderia evitar quedas por intermédio da identificação dos fatores que as predispõem, como elas implicam na qualidade de vida e as formas de prevenção. Segundo Lopez e colaboradores (2011) quanto maior o período de escolarização,

menor a probabilidade de o idoso ter dificuldades para realizar atividades de vida diária e conseqüentemente, evitar a queda.

A marcha insegura nos idosos é afetada diretamente por alguns critérios abordados por Albino e colaboradores (2018) como, a diminuição da massa muscular, do equilíbrio e aumento do cansaço aeróbico, são fatores influentes, podendo provocar uma nova queda. Esses atingem o estado físico e nutricional, causando em muitos deles insegurança durante sua deambulação. No estudo de JE e colaboradores (2007) foi apresentado 44% da totalidade de idosos exibidores de marcha insegura, afetando o equilíbrio e tendo como consequência a avaliação de alto risco de quedas.

A prevalência de quedas ocorridas da própria altura corrobora com um estudo de Spritzer e colaboradores (2016), que demonstrou prevalência de quedas da própria altura em casos de atendimentos de emergência em idosos.

Os locais de quedas com maior ocorrência foram o quintal e as calçadas, assim verificamos que um estudo de Teixeira, de 2019, no estado da Bahia, foi avaliado o risco de quedas em idosos em seu domicílio e foi abordado que 40% dos seus entrevistados caíram no quintal. Este índice mostra a sua significância relacionado as irregularidades presentes neste espaço. (TEIXEIRA, D. et al., 2019)

Pinho e colaboradores (2012), em seu estudo com 150 idosos da comunidade, 25,4% caíram em quintais/pátios. As quedas provenientes nas calçadas foram corroboradas com o estudo de Li e colaboradores (2006), em sua pesquisa com 1.023 idosos da comunidade, onde 31% tiveram como seu local de queda nas calçadas, dando fidelidade ao presente estudo.

A pandemia do COVID-19, acarretou graves problemas para a população devido ao isolamento social e trouxe consigo consequências para todas as faixas etárias, principalmente os idosos, os quais faziam parte do grupo de risco (MOURA, M. et al, 2021). No presente estudo o fato dos entrevistados terem frequente quedas no quintal, pode ser relacionado com a pandemia, onde todos estavam em isolamento e procuraram formas para se entreterem no domicílio.

Na região sul do país foi realizado um estudo para avaliar a relação do uso de fármacos e quedas dos idosos, resultando em alto risco de quedas para aqueles idosos que usavam em média 3 medicamentos, com uma significância estatística de

$p = 0,020$. Entre esses idosos pesquisados 70,7% deles utilizavam medicamentos para o sistema cardiovascular (ROSA, B. et al., 2017).

Os fármacos tem uma significativa relação intrínseca com a ocorrência de quedas, os sintomas dos medicamentos voltados para as doenças cardiovasculares, como os anti-hipertensivos, podem ocasionar bradicardia, vertigem, sono, fadiga e hipotensão postural, que favorecem esta ocorrência frequente (FERREIRA, D; Yoshitome A., 2010) (SECOLI. S., 2010).

A necessidade do uso de fármacos pelos idosos, devido aos problemas de saúde, podem provocar a diminuição do estado de alerta e das funções cognitivas e motoras, além da alteração da pressão arterial, isso ocorre principalmente por quantidade ultrapassada na dose, interações medicamentosas e efeitos colaterais (ROCHA, et al., 2010).

Conclusão

Os idosos apresentaram alto risco de quedas (score > 2) e os perfis foram caracterizados em mulheres, casadas, hipertensas, com sobrepeso, quedas da própria altura em quintais, baixa escolaridade e marcha insegura. Assim foi possível identificar os fatores extrínsecos e intrínsecos que desencadeiam as quedas, para que dessa forma, estudantes, profissionais e até mesmo os idosos possam se informar, conscientizar e planejar medidas preventivas, afim de evitar as quedas e suas consequências, proporcionando melhor qualidade de vida.

Uma das limitações do presente estudo foi o número reduzido da amostra. Como o país está passando por uma a pandemia da COVID-19, os idosos foram orientados a se isolarem em seus domicílios, saindo do isolamento apenas quando necessário, inclusive para a UBS e prejudicando assim suas atividades de rotina, o que acarretou na dificuldade para coletar uma quantidade significativa de dados para o estudo.

Referências

ALBINO, S. et al. O índice de massa corporal pode predispor ao aumento de quedas em idosos comunitários?. **II Congresso Nacional de Envelhecimento Humano - Universidade Federal de Santa Catarina**. Santa Catarina, 2018.

ALVAREZ, M; RODRÍGUEZ-MANÑÁS, L. Caídas repetidas en el media residencial. **Rev Esp Geriatr Gerontol**. V. 41, n. 4, p. 201-206.

COUTO, M.T. et al. El hombre en la atención primaria a la salud: discutiendo (in)visibilidad a partir de la perspectiva de género. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010.

FERREIRA, D; YOSHITOME, A. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm, Brasília Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; nov-dez; 63(6): 991-7.

GAC E, H. et al. Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. **Rev. méd. Chile, Santiago**, v. 131, n. 8, p. 887-894, agosto 2003.

KIM, T; CHOI, S; XIONG, S. Epidemiology of fall and its socioeconomic risk factors in community-dwelling Korean elderly. **PLOS ONE** v.15 (6): e0234787. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234787>, 2020. Acesso em: 20 mai.2021.

LI, W. et al. Outdoor Falls Among Middle-Aged and Older Adults: A Neglected Public Health Problem. **American Journal of Public Health**, july, 2006, v. 96, n. 7.

LOPEZ, D. et al. Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment-is there a gender difference? **Maturitas**. 2011; 69(4):359-64.

MOURA, M. Idosos na pandemia, vulnerabilidade e resiliência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2021;24(1):e210060.

PAIVA, M; LIMA, M; BARROS, M. Desigualdades sociais do impacto das quedas de idosos na qualidade de vida relacionada à saúde. **Departamento de Saúde**

Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
R. Tessália Vieira de Camargo 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas -
São Paulo. 2019, 13083-887.

PHELAN, E; RITCHEY, K. Fall Prevention in Community-Dwelling Older Adults.
Annals of Internal Medicine, v.169, p.11, 2018.

Pinho, T. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade
Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, 2012; 46(2):320-7.

REIS, L. et al. RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS: comparação entre a Fall Risk
Store de Downton e o teste de Timed Up and go Test. **InterScientia**, João Pessoa,
v.1, n.3, p. 28-38, set./dez., 2013.

ROCHA, L. et al. Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de
quadril. **Esc. Anna Nery**. 2010 out-dez, 14(4):690-696. RIBEIRO, A., et al. A
influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**,
v.13, n.4, p.1265-1273, 2008.

ROSA, B. et al. Associação entre risco de quedas e uso de medicamentos em
pessoas idosas. **Rev baiana enferm.** (2017); 31(4):e22410.

RUWER, S; ROSSI, A; SIMON, L. Equilíbrio no idoso. **Revista Brasileira
Otorrinolaringologia**, v. 71, n.3, p.298-303, 2005.

SCHIAVETO, F. Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade.
**Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.** 118. Ribeirão Preto, 2008.

SECOLLI, S. Polifarmácia: interações e reações olifarmácia: interações e reações
adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jan-
fev; 63(1): 136-40.

SILVA, L. et al. Idosos caidores e não caidores: Associação com características
sociais, fatores econômicos, aspectos clínicos, nível de atividade física e percepção
do risco de quedas: um estudo transversal. **Fisioter Pesqui.** 2021; 28(3):343-351.

SMITH, A. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.25, p. 2754, 2017.

SPRITZER, D. et al. Avaliação dos traumas oculares relacionados à queda da própria altura em idosos. **Rev Bras Oftalmol**. 2016; 75 (1): 21-5.

TEIXEIRA, D. Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2019;22(3):e180229.

WARE, J. et al. User's manual for the SF-36®. **Health survey**. 2ª ed. Lincoln: Quality Metric Incorporated; 2007.