

# QUEDAS EM PACIENTES DA ATENÇÃO DOMICILIAR: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

FALLS OF PATIENTS WITH HOME CARE: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

CAÍDAS EN PACIENTES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

 Julia Rocha do Carmo <sup>1</sup>  
 Monique Evellin Alves Cruz <sup>1</sup>  
 Daniel Vinícius Alves Silva <sup>1</sup>  
 Fabíola Afonso Fagundes Pereira <sup>2</sup>  
 Ricardo Otávio Maia Gusmão <sup>2</sup>  
 Diego Dias de Araújo <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Montes - UNIMONTES, Curso de Graduação em Enfermagem. Montes Claros, MG - Brasil.

<sup>2</sup> UNIMONTES, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG – Brasil.

**Autor Correspondente:** Diego Dias de Araújo  
E-mail: diego.dias1508@gmail.com

## Contribuições dos autores:

**Análise Estatística:** Diego D. Araújo; **Coleta de Dados:** Julia R. Carmo, Monique E. A. Cruz, Daniel V. A. Silva, Diego D. Araújo; **Gerenciamento de Recursos:** Diego D. Araújo; **Gerenciamento do Projeto:** Fabíola A. F. Pereira, Diego D. Araújo; **Investigação:** Fabíola A. F. Pereira, Ricardo O. M. Gusmão; **Metodologia:** Fabíola A. F. Pereira, Ricardo O. M. Gusmão; **Redação - Preparação do Original:** Julia R. Carmo, Monique E. A. Cruz, Daniel V. A. Silva, Fabíola A. F. Pereira, Ricardo O. M. Gusmão, Diego D. Araújo; **Supervisão:** Diego D. Araújo.

**Fomento:** Não houve financiamento.

**Submetido em:** 17/12/2018

**Aprovado em:** 02/09/2019

## RESUMO

**Objetivo:** estimar a prevalência de quedas, identificar os fatores associados e estabelecer modelo de predição para seu desenvolvimento em pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar. **Métodos:** estudo transversal realizado entre junho de 2017 e janeiro de 2018, com 131 pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa, de uma cidade do norte de Minas Gerais. Com o auxílio de um instrumento foram coletados dados sociodemográficos e clínicos. Realizou-se análise descritiva e as razões de prevalências ajustadas foram obtidas por análise múltipla de regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** dos 131 pacientes, 72 (55%) eram do sexo feminino, a média de idade foi de 66,8 anos e 43,5% apresentaram queda. As variáveis independentes que impactaram de forma significativa e conjunta no desfecho queda foram: tipo de queda - acidental; local de queda - quarto; local de queda - sala; local de queda - cozinha; local de queda - quintal; local de queda - rua; e medo de novas quedas. **Conclusão:** a queda é achado comum em pacientes da atenção domiciliar e cuidados para sua prevenção devem ser estabelecidos. **Palavras-chave:** Pacientes Domiciliares; Acidentes por Quedas; Assistência Domiciliar; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to estimate the prevalence of falls, identify the associated factors and establish a prediction model for their development in patients treated by a home care program. **Methods:** a cross-sectional study conducted between June 2017 and January 2018, with 131 patients treated by Melhor em Casa Program, in a city in the north of Minas Gerais. We collected socio-demographic and clinical data through an instrument. Descriptive analysis was performed and the adjusted prevalence ratios were obtained by multiple Poisson regression analysis with robust variance. **Results:** 72 (55%) of the 131 patients were female, the average age was 66.8 years old and 43.5% had a fall. The independent variables that had a significant and joint impact on the fall outcome were: type of fall - accidental; fall location - bedroom; fall location - dining-room; fall location - kitchen; fall location - yard; fall location - street; and fear of further falls. **Conclusion:** falls are a common finding with home care patients and care for their prevention should be established.

**Keywords:** Homebound Persons; Accidental Falls; Home Nursing; Nursing.

## RESUMEN

**Objetivo:** estimar la prevalencia de caídas, identificar los factores asociados y establecer un modelo de predicción para pacientes de un programa de atención domiciliar. **Métodos:** estudio transversal realizado entre junio de 2017 y enero de 2018 con 131 pacientes del programa "Melhor em casa", en una ciudad al norte de

## Como citar este artigo:

Carmo JR, Cruz MEA, Silva DVA, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Quedas em pacientes da atenção domiciliar: prevalência e fatores associados. REME – Rev Min Enferm. 2020[citado em \_\_\_\_ \_];24:e-1286. Disponível em: \_\_\_\_\_. DOI: 10.5935/1415-2762.20200015

*Minas Gerais. Los datos sociodemográficos y clínicos se recogieron mediante un instrumento. Se realizó un análisis descriptivo y, con el análisis múltiple de regresión de Poisson con varianza robusta, se obtuvieron las razones de prevalencia ajustadas. Resultados: de los 131 pacientes 72 (55%) eran mujeres, edad promedio de 66.8 años y 43.5% había tenido alguna caída. Las variables independientes de impacto significativo y conjunto en el resultado de la caída fueron: tipo de caída - accidental; lugar de caída - habitación; lugar de caída - salón; lugar de caída - cocina; lugar de caída - patio; lugar de caída - calle; y miedo a nuevas caídas. Conclusión: las caídas suelen ser comunes en pacientes de atención domiciliar y, por ello, deben establecerse medidas para su prevención.*

**Palabras clave:** Personas Imposibilitadas; Accidentes por Caídas; Atención Domiciliar de Salud; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por acelerada transição demográfica e epidemiológica, caracterizada pela redução da taxa de crescimento populacional, mudanças na estrutura etária e aumento significativo das doenças crônicas não transmissíveis.<sup>1,2</sup>

Em consequência, diante dessa realidade, fez-se necessário o desenvolvimento de diferentes estratégias de cuidado em saúde, com destaque para aquelas com atividades próximas do domicílio do paciente. Assim, no Brasil foi criado, em 1960, o serviço de atenção domiciliar (AD) como proposta inovadora de atenção à saúde e assistência social.<sup>3,4</sup>

A AD é uma modalidade de assistência à saúde, ainda em processo de consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS), e desenvolve ações de promoção, prevenção, tratamento, palição e reabilitação. A assistência é realizada em domicílio, sendo recomendada a pacientes em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva. As principais condições clínicas para indicação são as síndromes demenciais e de fragilidade, acidente cerebrovascular, doenças cardiocirculatórias, respiratórias e osteomusculares, sequelados de acidentes automobilísticos e violência.<sup>4</sup>

Mesmo com os benefícios que a AD proporciona ao paciente, como a proximidade da família, baixo risco de infecções e melhor organização dos cuidados, a assistência acontece em um ambiente residencial que não foi projetado para a prestação de cuidados à saúde. Assim, ações devem ser implementadas visando à segurança do paciente no domicílio, promovendo ambiência adequada, prevenção de infecções, lesões por pressão, erros de medicação e quedas, caracterizados como eventos adversos.<sup>5</sup>

Em relação especificamente à queda, esta é definida como um contato não intencional com a superfície, resultado da mudança de posição para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido fator intrínseco determinante

ou acidente inevitável e sem perda de consciência.<sup>6</sup> Estudo recente demonstra que a queda é o evento adverso mais comum entre os pacientes em cuidados domiciliares, estando associada ao aumento do risco de internação e morte.<sup>7</sup>

Os pacientes da AD podem estar expostos a fatores de risco extrínsecos (relacionados ao ambiente, como pouca iluminação, escadas sem corrimão, tapetes e piso escorregadio) e intrínsecos (próprios do indivíduo, por exemplo, a idade, postura e equilíbrio).<sup>8-10</sup>

As quedas são consideradas um problema de saúde pública, sendo um evento comum com o avançar da idade, que ocorre normalmente no domicílio.<sup>11,12</sup> Estudos prévios realizados especificamente com idosos no domicílio evidenciam prevalência de quedas variando de 24,3 a 59,3%.<sup>11,13-17</sup>

As consequências das quedas estão relacionadas a danos emocionais, motores, fisiológicos e psicológicos. Além disso, contribui para o aumento de gastos na saúde pública, para os pacientes e os seus familiares. Associa-se também ao aumento de morbidade, hospitalização e mortalidade.<sup>5,17</sup>

As medidas de prevenção a quedas devem ser executadas baseadas na integralidade do cuidado, conforme as necessidades de saúde dos pacientes. Destaca-se, nesse contexto, o trabalho do enfermeiro, profissional comprometido com o cuidado do ser humano. Especificamente na AD, ele desempenha funções fundamentais tanto por coordenar o plano de cuidados quanto pelo vínculo que estabelece com os usuários, familiares e cuidadores, sendo indispensável para a adesão e realização das ações preventivas.<sup>18</sup>

Apesar de a literatura afirmar que problemas relativos a quedas são esperados em pacientes da AD, há carência, na literatura, de estudos que tenham gerado informações sobre a prevalência e fatores associados a quedas em pacientes da AD sem estratificação de faixa etária ou perfil clínico específico. Diante da importância desse tema para a área da Enfermagem e da vulnerabilidade dos pacientes ao problema, percebe-se a necessidade de verificar a ocorrência, bem como os possíveis fatores associados ao desfecho nesse perfil de pacientes.

Diante do que foi exposto, o estudo teve como objetivo estimar a prevalência de quedas, identificar os fatores associados e estabelecer modelo de predição para seu desenvolvimento em pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal realizado com pacientes cadastrados e atendidos por um programa de atenção domiciliar à saúde do norte de Minas Gerais, Brasil, no período de junho de 2017 a janeiro de 2018.

O programa em questão conta com quatro equipes multiprofissionais de AD, compostas de médico, enfermeiro, fisioterapeuta e técnico em Enfermagem, além de duas equipes multiprofissionais de apoio, integradas por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. O município onde foi realizado o estudo é habilitado pelo Ministério da Saúde desde dezembro de 2013.

Foram incluídos pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou maior de 18 anos, estar cadastrado e em atendimento pelo programa de AD e consentir em participar do estudo ou ter sua participação autorizada pelo responsável/cuidador por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão foram: não ser encontrado no domicílio em até três tentativas, evoluir a óbito antes da realização da coleta de dados e pacientes em internação hospitalar.

No período de coleta de dados havia cadastrados e em atendimento 172 pacientes. Da população foram excluídos 10 por serem menores de idade, sete por não serem encontrados no domicílio em até três tentativas, seis por estarem em internação hospitalar, cinco por não consentirem a participação no estudo e 13 que evoluíram a óbito antes que fosse realizada a coleta de dados. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, contou-se na amostra o total de 131 pacientes.

A coleta de dados foi realizada por uma graduanda do sétimo período do curso de Enfermagem de uma universidade pública do estado de Minas Gerais, devidamente capacitada e sob supervisão do professor orientador. A capacitação consistiu-se em explanação teórica sobre anamnese e exame clínico, treinamento prático, além de leitura de artigos e textos sobre a temática.

Para o levantamento dos dados foram realizados anamnese e exame clínico dos pacientes em seus domicílios. A coleta de dados teve duração média de 1 hora e 30 minutos. Utilizou-se um instrumento sistematizado, elaborado a partir da revisão da literatura,<sup>8,15,16</sup> contendo as variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica. Destaca-se que ocorreu o processo de refinamento do instrumento de coleta de dados mediante apreciação de especialistas, os quais avaliaram sua qualidade e pertinência, sendo que todas as alterações sugeridas foram acatadas e o instrumento final consolidado por consenso.

O instrumento de coleta de dados compõe-se ainda de variáveis descritas na literatura relacionadas a quedas e seus fatores associados, tais como: acuidade visual e auditiva; auxílio de dispositivo de marcha; quantidade e caracterização das quedas em tipo, local, se houve fratura e medo de sofrer novas quedas; ambiente familiar; umidade de pisos e paredes; ventilação e luminosidade do cômodo; se há tapetes dispostos

no ambiente; degraus, rampas, desnivelamentos; e proteção em janelas e escadarias.<sup>8,9,16,19,20</sup>

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do *Microsoft Excel* 2013 e exportados para o *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0. Foi conduzida análise descritiva (frequências simples e percentual). A prevalência foi estabelecida considerando-se o número de pacientes (casos novos e antigos) que relataram o desfecho durante o período de coleta de dados.

Empregou-se análise bivariada para as variáveis estudadas a partir dos testes de qui-quadrado e exato de Fisher. Foram calculadas razões de prevalência (RP) para investigar a existência de associações entre as variáveis independentes e a queda. As razões de prevalências ajustadas foram obtidas por meio da análise múltipla de regressão de Poisson com variância robusta, considerando as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas à queda na análise bivariada (até o nível de significância  $< 0,20$ ). Para a análise final considerou-se nível de significância final de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

O estudo está em conformidade com a Resolução nº 466/2012, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Estadual de Montes Claros e obteve parecer favorável sob o número 1.866.616.

## RESULTADOS

Dos 131 pacientes cadastrados e atendidos pelo programa de atenção domiciliar à saúde, verificou-se que 72 (55%) eram do sexo feminino. A faixa etária variou entre 20 e 110 anos. A média de idade foi de 66,8 anos e a mediana de 72 anos de idade ( $DP \pm 21,232$ ). Maior frequência foi de pacientes pardos (47,3%), solteiros ou casados (31,3%), analfabetos (27,5%) e com renda familiar de um a três salários mínimos (53,4%).

Os principais diagnósticos médicos identificados foram categorizados em doenças do sistema circulatório (42%). A história familiar de doenças esteve presente em 82,4% dos pacientes, destacando-se, também, as doenças do sistema circulatório (50,4%). Quanto à terapia medicamentosa, 47,3% dos pacientes utilizam mais de cinco medicamentos, configurando-se a polifarmácia (Tabela 1).

Em relação à locomoção e ao grau de dependência, a maioria (71%) dos pacientes era totalmente dependente do auxílio de dispositivo de marcha ou de terceiros para locomover-se, seguido daqueles parcialmente dependentes (16,8%) e independentes (12,2%). A respeito da atividade física, 97,7% não a realizam ou apresentam alguma dificuldade que impede essa prática. Quanto às limitações, 65,6% apresentaram uma ou mais situações limitantes, sendo a mais prevalente a paresia (30,5%).

No tocante ao histórico de quedas, 57 (43,5%) pacientes sofreram queda no último ano. Do total de participantes, 30,5% manifestaram dificuldade em enxergar, 11,5% utilizavam dispositivo de auxílio de marcha, sendo os mais prevalentes a bengala e o andador (4,6%), e 16,8% afirmaram já ter sofrido alguma fratura (Tabela 2).

Quanto às características do ambiente, 13% dos pacientes relataram que não estavam em ambiente que lhes era familiar, 19,8% residiam em locais com ventilação/ luminosidade inadequada, com degraus (54,2%), desnivelamentos (43,4%), sem proteção em janelas e escadarias (81,7%) e que dispõem de tapetes e objetos pela casa que possibilitam as quedas (17,6%).

A Tabela 3 mostra a associação entre as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes atendidos pelo programa de atenção domiciliar público com a queda.

As variáveis foram avaliadas e as associações determinadas em um modelo geral realizado a partir da regressão de Poisson robusta e ajustada. Entre as características sociodemográficas e clínicas identificadas em pacientes atendidos pelo programa de atenção domiciliar público, impactaram de forma significativa e conjunta no desfecho queda: o estado civil, tipo de queda - acidental, local de queda - quarto, local de queda - sala, local de queda -cozinha, local de queda - quintal, local de queda - rua e medo de novas quedas (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de quedas em pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar foi de 43,5%, superior ao encontrado em estudos prévios, realizados no Canadá e na Suécia, que apresentaram prevalência de 18,8 e 42%, respectivamente.<sup>7,21</sup>

Estudos de bases nacionais realizados especificamente com idosos no domicílio apresentam prevalência variando de 24,3 a 59,3%.<sup>11,13-16</sup> A prevalência de quedas é ainda maior em pesquisas com idosos mais velhos (>80 anos) e institucionalizados, chegando a 80%.<sup>10,19</sup> Essas diferenças entre as prevalências de quedas nos estudos podem ser atribuídas às divergências no delineamento, nas metodologias adotadas, bem como no perfil da amostra estudada.

Na presente pesquisa a média da idade dos participantes foi de 66,8 anos, sendo que 90 (68,7%) eram idosos e 45,6% destes apresentaram o desfecho queda. Tal achado é corroborado por estudos recentes realizados com pacientes idosos em atendimento domiciliar, em que a ocorrência de quedas também foi evento adverso prevalente.<sup>12,15,16</sup>

O avanço da idade resulta em alterações estruturais e funcionais que podem reduzir a capacidade de resposta rápida e eficaz do equilíbrio, comprometendo o desempenho

das habilidades motoras, a força muscular, a marcha e a estabilidade postural, que tornam o indivíduo idoso mais vulnerável à queda.<sup>13</sup> Há carência de pesquisas que apresentem a prevalência de quedas em pacientes em atendimento domiciliar, independentemente do perfil clínico ou idade, destacando-se os estudos focados em idosos.

Dos 131 pacientes, 72 (55%) eram do sexo feminino e a média de idade foi de 66,8 anos. Mundialmente, vem ocorrendo mudanças demográficas e epidemiológicas e o Brasil acompanha essas tendências, como o aumento no número de idosos e o fenômeno de feminização do envelhecimento.<sup>10,13,15,22</sup>

Neste estudo, 50% das mulheres sofreram quedas. Já entre os homens a prevalência foi de 36,5%. A maior proporção do sexo feminino em relação ao masculino pode ser explicada pelo melhor estilo de vida das mulheres, adesão a medidas preventivas e pela elevada taxa de mortalidade dos homens.<sup>15</sup>

Apesar de ainda não haver consenso entre prevalência de quedas em idosos, alguns fatores são descritos como possíveis causas de quedas em mulheres idosas, como: a redução da massa magra e da força muscular após os 60 anos, o aumento da probabilidade de desenvolvimento de osteoporose, resultante da redução do estrógeno, a maior prevalência de doenças crônicas em comparação aos homens e o fato de as mulheres serem mais ativas, tanto na realização de atividades domésticas quanto em sua maior interação social e disponibilidade para o lazer.<sup>10,22</sup>

Os diagnósticos médicos mais prevalentes nesta pesquisa foram categorizados em doenças dos sistemas vascular (42%), seguido das doenças neurológicas (27,5%). Os pacientes com doenças cardiovasculares apresentam relação com o risco de cair, pois o débito cardíaco diminuído pode levar à diminuição do fluxo cerebral e ao declínio cognitivo, considerados fatores de risco para queda.<sup>23</sup> A hipertensão arterial destacou-se, em outro estudo, e a justificativa para a relação da doença com o desfecho queda pode ser explicada pelo uso de medicamentos anti-hipertensivos, que principalmente em idosos podem causar hipotensão postural, elevando o risco de quedas.<sup>19</sup>

Os acidentes vasculares cerebrais podem ocasionar hemiplegia ou paresia, resultando em alterações da marcha. Também podem gerar disfunção visual e lesão espaço-visual, influenciando no equilíbrio e mobilidade,<sup>14</sup> potencializando o risco de quedas.

Já pacientes com alterações neurológicas, geralmente, apresentam alterações do nível de consciência, sensoriais, hipotensão ortostática, vesicais ou intestinais e mobilidade prejudicada, fatores que os tornam mais suscetíveis às quedas.<sup>23</sup> O declínio cognitivo é reconhecido como uma variável que influencia diretamente no risco de quedas.<sup>16</sup>

Tabela 1 - Variáveis clínicas dos pacientes atendidos pelo programa de atenção domiciliar à saúde. MG, 2018

Variáveis	n	%
<b>Diagnóstico médico</b>		
Doença Vascular	55	42,0
Doença Neurológica	36	27,5
Doença Metabólica	26	19,8
<b>Controle de saúde e hábitos de vida</b>		
Etilismo	8	6,1
Tabagismo	2	1,5
<b>Cirurgias</b>		
Não	37	28,2
Sim	87	66,4
Missing	7	5,3
<b>Internações anteriores</b>		
Não	8	6,1
Sim	116	88,5
Missing	7	5,3
<b>Em uso de medicamentos</b>		
<b>126</b>		
<b>96,2</b>		
Outras drogas não categorizadas	53	40,5
Anti-hipertensivo	47	35,9
Anticoagulante	42	32,1
Antidepressivo	42	32,1
Antiepilético	38	29,0
Inibidores da secreção gástrica	33	25,2
Hípolipimiantes	32	24,4
Diuréticos	27	20,6
Betabloqueadores	28	21,4
Hipnóticos/ sedativos/ ansiolíticos	25	19,1
Uso de polifarmácia (+5 medicamentos)	62	47,3
<b>História familiar de doenças</b>		
<b>108</b>		
<b>82,4</b>		
Doença Vascular	66	50,4
Doença Metabólica	53	40,5
Neoplasia	38	29,0

Tabela 2 - Histórico de quedas em pacientes atendidos pelo programa de atenção domiciliar à saúde. MG, 2018

Variáveis	n	%
<b>Sofreu alguma queda no último ano?</b>		
Não	74	56,5
Sim	57	43,5
<b>Se sim, número de quedas</b>		
1	28	21,4
2	9	6,9
3	4	3,1

Continua...

...continuação

Tabela 2 - Histórico de quedas em pacientes atendidos pelo programa de atenção domiciliar à saúde. MG, 2018

Variáveis	n	%
<b>Se sim, número de quedas</b>		
>4	16	12,2
<b>Tipo de queda</b>		
Espontânea	23	17,6
Acidental	34	26,0
<b>Local de queda</b>		
Banheiro	11	8,4
Quarto	20	15,3
Sala	17	13,0
Cozinha	9	6,9
Quintal	19	14,5
Fora do domicílio	7	5,3
Outros locais	1	0,8
<b>Sofreu alguma fratura?</b>		
Não	109	83,2
Sim	22	16,8
<b>Local da fratura</b>		
Vértebra	1	0,8
Fêmur	12	9,2
Antebraço/ braço	6	4,6
Outros	3	2,3
Não se aplica	109	83,2
<b>Medo de sofrer novas quedas?</b>		
Não	12	9,2
Sim	48	36,6
Não se aplica	71	54,2

Tabela 3 - Associação entre a variável dependente, queda e variáveis independentes de pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar público. Montes Claros, MG, Brasil, 2017-2018

Variáveis	Grupo	Queda				P-Valor
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	36	50,0	36	50,0	0,093
	Masculino	21	35,6	38	64,4	
Idade	Adulto (20-59)	16	39	25	61	0,477
	Idoso (60-110)	41	45,6	49	54,4	
Escolaridade	Analfabeto	17	39,5	26	60,5	0,515
	Alfabetizado	40	45,5	48	54,5	
Locomoção	Dependente	49	42,6	66	57,4	0,586
	Independente	8	50	8	50	

Continua...

...continuação

Tabela 3 - Associação entre a variável dependente, queda e variáveis independentes de pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar público. Montes Claros, MG, Brasil, 2017-2018

Variáveis	Grupo	Queda				P-Valor
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Relato de comprometimento da memória	Sim	31	37,8	51	62,2	0,092
	Não	26	53,1	23	46,9	
Doença Metabólica	Sim	9	34,6	17	65,4	0,282
	Não	48	45,7	57	54,3	
Doença Vascular	Sim	29	52,7	26	47,3	0,072
	Não	28	36,8	48	63,2	
Doença Neurológica	Sim	10	27,8	26	72,2	0,015
	Não	47	49,5	48	50,5	
Antidepressivo	Sim	18	42,9	24	57,1	0,917
	Não	39	43,8	50	56,2	
Antiepilético	Sim	15	39,5	23	60,5	0,545
	Não	42	45,2	51	54,8	
Anti-hipertensivo	Sim	27	57,4	20	42,6	0,018
	Não	30	35,7	54	64,3	
Betabloqueadores	Sim	16	57,1	12	42,9	0,112
	Não	41	39,8	62	60,2	
Diuréticos	Sim	14	51,9	13	48,1	0,339
	Não	43	41,3	61	58,7	
Hipnóticos/Sedativos/Ansiolíticos	Sim	13	52	12	48	0,354
	Não	44	41,5	62	58,5	
Polifarmácia	Sim	31	50	31	50	0,155
	Não	26	37,7	43	62,3	
Necessita de ajuda para ir ao banheiro	Sim	26	59,1	18	40,9	0,012
	Não	31	35,6	56	64,4	
Usa óculos ou lentes de contato	Sim	16	59,3	11	40,7	0,073
	Não	41	39,4	63	60,6	
Usa aparelho auditivo	Sim	2	33,3	4	66,7	< 0,578
	Não	55	44	70	56	
Usa dispositivo para auxílio de marcha	Sim	12	80	3	20	0,001
	Não	45	38,8	71	61,2	
Tipo de queda	Acidental	34	100	0	0	< 0,001*
	Espontânea	23	23,7	74	76,3	
Local de queda: banheiro	Sim	11	100	0	0	< 0,001*
	Não	46	38,3	74	61,7	
Local de queda: quarto	Sim	20	100	0	0	< 0,001*
	Não	37	33,3	74	66,7	
Local de queda: sala	Sim	17	100	0	0	< 0,001*
	Não	40	35,1	74	64,9	

Continua...

...continuação

Tabela 3 - Associação entre a variável dependente, queda e variáveis independentes de pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar público. Montes Claros, MG, Brasil, 2017-2018

Variáveis	Grupo	Queda				P-Valor
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Local de queda: cozinha	Sim	9	100	0	0	< 0,001*
	Não	48	39,3	74	60,7	
Local de queda: quintal	Sim	19	100	0	0	< 0,001*
	Não	38	33,9	74	66,1	
Local de queda: rua	Sim	7	100	0	0	< 0,001*
	Não	50	40,3	74	59,7	
Sofreu alguma fratura	Sim	15	68,2	7	31,8	0,012
	Não	42	38,5	67	61,5	
Medo de sofrer novas quedas	Sim	41	85,4	7	14,6	< 0,001
	Não	16	19,3	67	80,7	
Umidade em pisos e paredes na casa	Sim	2	28,6	5	71,4	0,351
	Não	55	44,4	69	55,6	
Ventilação/luminosidade dos cômodos	Sim	9	34,6	17	65,4	0,282
	Não	48	45,7	57	54,3	
Tapetes/objetos que possibilitem quedas	Sim	11	47,8	12	52,2	0,651
	Não	46	42,6	62	57,4	
Degraus	Sim	38	53,5	33	46,5	0,010
	Não	19	31,7	41	68,3	
Rampas	Sim	7	41,2	10	58,8	0,833
	Não	50	43,9	64	56,1	
Desnívelamentos	Sim	32	45,7	38	54,3	0,585
	Não	25	41	36	59	

\*Teste de Fisher.

Tabela 4 - Fatores associados à queda em pacientes atendidos por um programa de atenção domiciliar público. Montes Claros, MG, Brasil, 2017-2018

Variável Independente	RP*	IC 95%		P-valor
		Inferior	Superior	
Tipo de queda: acidental	2,134	1,570	2,901	< 0,001
Local de queda: quarto	2,133	1,543	2,950	< 0,001
Local de queda: sala	1,745	1,257	2,423	0,001
Local de queda: cozinha	1,667	1,015	2,740	0,044
Local de queda: quintal	2,446	1,806	3,313	< 0,001
Local de queda: rua	2,212	1,474	3,319	< 0,001
Medo de novas quedas	2,016	1,413	2,905	< 0,001

\*RP: Razão de prevalência.

Quanto ao uso de medicamentos, 47,3% dos pacientes utilizam diariamente mais de cinco. Item importante a ser destacado, uma vez que algumas medicações podem causar

alterações de equilíbrio, instabilidade de marcha, desempenho no tempo de reação e outras funções motoras, prejudicando-as. Os idosos são mais vulneráveis a esses efeitos colaterais,

devido a mudanças na farmacocinética e farmacodinâmica relacionadas ao envelhecimento.<sup>24</sup>

Com exceção dos antiparkinsonianos, o uso de anti-hipertensivos, ansiolíticos e agentes hipnóticos é frequente em pacientes com diagnóstico de doenças neurológicas ou cardiovasculares. Destaca-se que tais medicações são descritas na taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem (DE) NANDA *International Inc.* (NANDA-I) como fatores de risco para o DE risco de quedas.<sup>23</sup>

Em relação à locomoção, 71% dos pacientes eram totalmente dependentes do auxílio de dispositivo de marcha ou de terceiros para locomover-se. Tais dispositivos são recomendados como uma importante medida para minimizar o risco de quedas, haja vista que proporcionam melhoria na independência funcional, na mobilidade e equilíbrio, reduzindo os efeitos de diversas deficiências próprias do indivíduo ou adquiridas. Evidencia-se em estudo anterior a associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre a não utilização de dispositivo de auxílio da marcha e quedas.<sup>22</sup>

Neste estudo, 19,8% dos pacientes residem em locais com ventilação/ luminosidade inadequada, com degraus (54,2%) ( $p = 0,010$ ), desnivelamentos (43,4%), sem proteção em janelas e escadarias (81,7%) ou que dispõem de tapetes e objetos pela casa que possibilitam as quedas (17,6%). A associação entre as quedas e pisos escorregadios/molhados, degraus, desnível, tapetes soltos sem antiderrapante está descrita na literatura.<sup>11,15,20</sup>

O domicílio é reconhecido como um local perigoso para as quedas de pessoas em todas as faixas etárias, porém, privilegiado para a atuação preventiva, que pode ser protagonizada por profissionais de saúde. A moradia pode apresentar-se como um ambiente inseguro, devido à existência de obstáculos tais como degraus, piso escorregadio, tapete solto e pouca iluminação, que podem ser considerados fatores predisponentes às quedas. Em estudo prévio realizado no domicílio de idosos com o objetivo de identificar fatores de risco extrínsecos para quedas, apenas 7,4% das residências eram adequadas, com risco inferior para quedas.<sup>8</sup>

Na presente investigação houve significância estatística entre quedas e os seguintes locais: quarto ( $p < 0,001$ ), sala ( $p = 0,001$ ), cozinha ( $p = 0,044$ ), quintal ( $p < 0,001$ ) e rua ( $p < 0,001$ ). Em outros estudos foram citados como locais de maior prevalência de quedas o banheiro, a sala e o quarto.<sup>12,16</sup>

No domicílio destacam-se como fatores relacionados à queda pisos escorregadios/ molhados, tapetes/ objetos soltos, degraus, desníveis no chão, problemas com calçados, ambientes mal iluminados e animais de estimação. Já fora do domicílio, os locais externos de maior ocorrência de quedas são jardins, pátios, calçadas e ruas.<sup>17</sup> A influência dos fatores ambientais no risco de quedas está vinculada principalmente

ao estado funcional e mobilidade da pessoa. No caso do idoso, quanto mais frágil, mais vulnerável.<sup>10</sup>

Outra variável de destaque foi o medo de sofrer novas quedas ( $p < 0,001$ ). Estudo anterior realizado com idosos também destaca tal variável, apesar de não descrever associação do medo de cair com a ocorrência de quedas.<sup>11</sup> Um primeiro episódio de queda tem impacto negativo na vida da pessoa e, mesmo que esse fato não aconteça diretamente com ele, o medo das consequências dessa possível queda são determinantes para sua autonomia.<sup>9</sup>

O medo de acontecerem novos episódios de queda gera prejuízos na autoconfiança, na segurança emocional e na independência,<sup>25</sup> interferindo no desempenho das atividades cotidianas do indivíduo e favorecendo o isolamento, o que pode resultar em depressão, sedentarismo e atrofia muscular, contribuindo assim para novas quedas.<sup>22</sup>

São diversos os fatores associados às quedas, presentes em pacientes da AD. É fundamental salientar a importância de atuação multiprofissional e a realização de um exame clínico amplo e multidimensional. Ressalta-se que a identificação de possíveis fatores de riscos para quedas pelo enfermeiro pode auxiliar na gestão do cuidado, na determinação e implementação de intervenções de Enfermagem para sua prevenção.

Neste estudo houve algumas limitações, como a carência de pesquisas que avaliassem o desfecho quedas em pacientes em atendimento domiciliar, independentemente do perfil clínico ou idade, uma vez que os estudos focam principalmente quedas em idosos. Salientam-se também as perdas amostrais e o estudo ser transversal, em que a exposição e desfecho são coletados em um único momento no tempo, dificultando estabelecer a relação temporal, bem como de causa e efeito.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, é possível verificar que a queda em pacientes da atenção domiciliar é achado comum e eles estão expostos a um conjunto de fatores de risco internos e externos que podem colaborar para o desfecho.

Após análise bivariada e etapa de ajuste da análise multivariada, entre os fatores demográficos e clínicos identificados, os que permaneceram como melhores preditores para o fenômeno em estudo foram: tipo de queda - acidental, local de queda - quarto, local de queda - sala, local de queda - cozinha, local de queda - quintal, local de queda - rua e medo de novas quedas.

Reconhecer precocemente os fatores que contribuem para o aumento do risco de quedas e a adoção de medidas preventivas certamente reduzirá a probabilidade desse problema em pacientes da atenção domiciliar.

Recomenda-se a realização de investigações que permitam estabelecer quais são os melhores cuidados de Enfermagem na prevenção de quedas, em especial aos pacientes da atenção domiciliar.

## REFERÊNCIAS

1. Souza MFM, Malta DC, Franca EB, Barreto ML. Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years since the Unified Healthcare System (SUS) was created. *Ciênc Saúde Colet*. 2018[citado em 2018 out. 24];23(6):1737-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en\\_1413-8123-csc-23-06-1737.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/en_1413-8123-csc-23-06-1737.pdf)
2. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RA, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet*. 2011[citado em 2018 out. 24];377(9780):1877-89. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736\(11\)60202-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140-6736(11)60202-X)
3. Oliveira Neto AV, Dias MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? *Divulg Saúde Debate*. 2014[citado em 2018 out. 24];51(151):58-71. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de monitoramento e avaliação: Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[citado em 2018 out. 24]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_monitoramento\\_avaliacao\\_programa.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf)
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde; 2016[citado em 2018 set. 15]. Disponível: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_domicilio.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf)
6. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011[citado em 2018 ago.10];59(1):148-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
7. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open*. 2018[citado em 2018 ago. 15];8(1):e019267. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/1/e019267.full.pdf>
8. Bizerra CDA, Gonçalves RF, Carmo AFS, Mendes RNC, Moura LA. Falls in elderly: identification of extrinsic risk factors at home. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2014[citado em 2018 out. 03];6(1):203-12. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2858/pdf\\_1103](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2858/pdf_1103)
9. Cavalcante DPM, Silva LJ, Matos N, Borges I, Araújo DP, Pinheiro HA. Perfil e ambiente de idosos vítimas de quedas atendidos em um ambulatório de Geriatria e Gerontologia no Distrito Federal. *Rev Kairós*. 2015[citado em 2018 out. 24];18(1):93-107. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairós/article/view/23890/17135>
10. Alves AHC, Patrício ACFA, Albuquerque KF, Duarte MCS, Santos JS, Oliveira MS. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2016[citado em 2018 set. 24];8(2):4376-86. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438/pdf\\_1885](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438/pdf_1885)
11. Chianca TCM, Andrade CR, Albuquerque J, Wenceslau LCC, Tadeu LFR, Macieira TGR, et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Enferm*. 2013[citado em 2018 ago. 07];66(2):234-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/13.pdf>
12. Ferretti F, Lunardi D, Bruschi L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioter Mov*. 2013[citado em 2018 set. 04];26(4):753-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a05v26n4.pdf>
13. Prato SCF, Andrade SM, Cabrera MAS, Dip RM, Santos HG, Dellaroza MSC, et al. Frequência e fatores associados a quedas em adultos com 55 anos e mais. *Rev Saúde Pública*. 2017[citado em 2018 out. 24];51(37):1-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051005409.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051005409.pdf)
14. Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farias-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. *Rev Saúde Pública*. 2018[citado em 2018 out. 03];52(22):1-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000103.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000103.pdf)
15. Guerra HS, Sousa RA, Bernardes DCF, Santana JÁ, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. *Rev Saúde Pesq*. 2016[citado em 2018 nov. 10];9(3):547-55. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/833006/16.pdf>
16. Pereira SG, Santos CB, Doringn M, Portella MR. Prevalence of household falls in long-lived adults and association with extrinsic factors. *Rev Latino-Am Enferm*. 2017[citado em 2018 nov. 25];25:e2900. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2900.pdf>
17. Oliveira AS, Trevizan PF, Bestetti MLT, Melo RC. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014[citado em 2018 out. 01];17(3):637-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00637.pdf>
18. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: na integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2018 nov. 06];70(1):199-208. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en\\_0034-7167-reben-70-01-0210.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/en_0034-7167-reben-70-01-0210.pdf)
19. Araújo Neto AH, Patrício ACFA, Ferreira MAM, Rodrigues BFL, Santos TD, Rodrigues TDB, et al. Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents. *Rev Bras Enferm*. 2017[citado em 2018 set. 01];70(4):719-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/0034-7167-reben-70-04-0719.pdf>
20. Leiva-Caro JA, Salazar-González BC, Gallegos-Cabiales EC, Gómez-Meza MV, Hunter KF. Connection between competence, usability, environment and risk of falls in elderly adults. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015[citado em 2018 nov. 24];23(6):1139-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/0104-1169-rlae-23-06-01139.pdf>
21. Sears N, Baker GR, Barnsley J, Shortt S. The incidence of adverse events among home care patients. *Int J Qual Health Care*. 2013[citado em 2018 nov. 24];25(1):16-28. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzs075>
22. Pimenta CJL, Lima RJ, Costa TF, Bezerra TA, Martins KP, Leal NPR, et al. Prevalence of falls in elderly people treated in a comprehensive care Center. *REME - Rev Min Enferm*. 2017[citado em 2018 out. 24];21:e-1045. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1183>
23. Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Nursing diagnosis risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014[citado em 2018 nov. 24];22(2):262-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf>
24. Onder G, Giovannini S, Sganga F, Manes-Gravina E, Topinkova E, Finne-Soveri H, et al. Interactions between drugs and geriatric syndromes in nursing home and home care: results from Shelter and IBenC projects. *Aging Clin Exp Res*. 2018[citado em 2018 nov. 03];30(9):1015-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-018-0893-1>
25. Ribeiro AP, Souza ER, Sousa CAM, Freitas MG. Accidental falls in urgent and emergency care: results of the 2014 VIVA Survey. *Ciênc Saúde Colet*. 2016[citado em 2018 nov. 27];21(12):3719-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/en\\_1413-8123-csc-21-12-3719.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/en_1413-8123-csc-21-12-3719.pdf)