■ Artigo Original
doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285

Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda

Characteristics of elderly patients attended in an emergency room due to falls

Características de los ancianos atendidos en un servicio de socorro como consecuencia de la caída

Sabrina Daros Tiensoli[a]
Merielle Lúcia dos Santos[b]
Alexandra Dias Moreira[c]
Allana dos Reis Corrêa[c]
Flávia Sampaio Latini Gomes[c]

Como citar este artigo:
Tiensoli SD, Santos ML, Moreira AD, Corrêa AR, Gomes FSL. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180285. doi: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285.

RESUMO

Objetivo: Descrever as características dos idosos atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino em decorrência de queda.

Método: Estudo descritivo, quantitativo, transversal, realizado no pronto-socorro de um hospital. Os dados foram coletados no mês de novembro de 2017, no prontuário de 1.460 idosos, com registro de queixa principal relacionado à queda. Foi realizada análise descritiva dos dados.

Resultados: Os principais resultados demonstram que a maioria dos idosos era do sexo feminino (66,92%), com idade acima de 80 anos (27,27%), solteiros (41,37%) e hipertensos (78,79%). 88,56% tiveram queda do mesmo nível, tendo como principal consequência o trauma (55,65%) e 66,30% receberam alta após consulta.

Conclusão: As características dos idosos foram: sexo feminino, idade acima de 80 anos, estado civil solteiro, e presença de hipertensão arterial. O tipo de queda mais frequente foi do mesmo nível, sendo o trauma a principal consequência e a alta após consulta o desfecho mais apontado.

Palavras-chave: Acidentes por quedas. Saúde do idoso. Serviços de saúde de emergência.

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of elderly patients attended in a teaching hospital emergency room due to falls.

Method: Descriptive, quantitative, cross-sectional study performed at a hospital emergency room. The data was collected in November 2017, considering the medical records of 1.460 elderly patients, with a registry related to fall as the main complain. A descriptive analysis of the data was performed.

Results: The main results show that most elders were female (66.92%), older than 80 years old (27.27%), single (41.37%), and hypertensive (78.79%). Falls from ground level comprised 88.56% and their main consequence was trauma (55.65%). 66.30% were discharged after consultation.

Conclusion: The characteristics of the elderly were: female, age above 80 years old, single, and hypertensive. The most frequent type of fall was from ground level, traumas were the main consequences and the discharge after consulting the most common outcome.

Keywords: Accidentals falls. Health of the elderly. Emergency medical services.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características de los ancianos atendidos en el pronto socorro de un hospital de enseñanza como consecuencia de la caída.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, realizado en el centro de atención de un hospital. Los datos fueron recogidos en el mes de noviembre de 2017, en el prontuario de 1.460 ancianos, que tenían registro de queja principal relacionado a la caída. Se realizó un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Los principales resultados demuestran que la mayoría de los ancianos era del sexo femenino (66,92%), con edad superior a 80 años (27,27%), solteros (41,37%) e hipertensos (78,79%). El 88,56% tuvo caída del mismo nivel, teniendo como principal consecuencia el trauma (55,65%) y el 66,30% recibieron alta tras consulta.

Conclusión: Las características de los ancianos fueron: sexo femenino, edad superior a 80 años, estado civil soltero, y presencia de hipertensión arterial. El tipo de caída más frecuente fue del mismo nivel, siendo el trauma la principal consecuencia y la alta después de consultar el desenlace más señalado.

Palabras clave: Accidentes por caídas. Salud del anciano. Servicios médicos de urgencia.

[a] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

[b] Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

[c] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

O processo natural do envelhecimento relaciona-se a alterações fisiológicas como o declínio da força muscular, devido aos parâmetros reduzidos de massa muscular e alterações ósseas, além do *déficit* de equilíbrio e da lentificação do tempo de reação, ocasionando quedas e afecções crônico-degenerativas em idosos[1].

Pessoas com idade igual ou maior a 60 anos representam mais de 12% da população mundial, sendo que, até 2030, esse índice aumentará para 16,5% em todo o mundo e para 10% nas regiões menos desenvolvidas[2]. No Brasil, de acordo com o último censo realizado em 2010, 10% dos indivíduos já se encontravam na faixa etária acima dos 60 anos, o que equivale a aproximadamente 20 milhões de pessoas. Estima-se que em 2020 o número será de 28,3 milhões e, em 2050, aproximadamente 64 milhões[3]. Tal estrutura etária impacta diretamente na sociedade, não apenas no âmbito da previdência social, mas também no sistema de saúde[2].

Diante desse cenário brasileiro e de outros países do mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a substituição dos modelos assistenciais curativos, cujo enfoque privilegia o tratamento de doenças, por sistemas de saúde que ofereçam atenção integral aos idosos, de maneira a conferir maior resolutividade às suas necessidades. Nesse ínterim, as ações voltam-se à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação, bem como à estruturação das políticas para que os idosos obtenham condições de vida satisfatórias, considerando as diversidades populacionais[4]. Essa abordagem integral visa, sobretudo, a prevenção das incapacidades, comuns nessa faixa etária.

Atualmente a queda é o evento incapacitante que mais acomete a população idosa, levando ao aumento da dependência, prejuízo da qualidade de vida e à elevação dos custos para o sistema de saúde, decorrente de suas consequências[5]. Trata-se de um agravo frequente e limitante, cujo impacto tem sido despercebido pela sociedade brasileira, por considerarem que, com o envelhecimento, as quedas são inevitáveis[6]. Contudo, são eventos mórbidos, causadores de lesões, de distúrbios emocionais, declínio funcional e morte, que devem ser prevenidos[7].

No Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem uma vez por ano e o risco de cair aumenta, significativamente, com o avançar da idade, chegando a 50% acima dos 80 anos[8]. De acordo com o sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), nos meses de setembro a novembro de 2014, do total de atendimentos por quedas (17.074) registrados em serviços sentinelas de urgência e emergência em 24 capitais e no Distrito Federal, 2.514 (31,4%) ocorreram entre idosos[9].

Observa-se que as quedas são mais frequentes em mulheres, em indivíduos aposentados, com baixa renda e escolaridade, na faixa etária acima de 70 anos, além dos idosos que usam medicamentos regularmente e possuem múltiplas comorbidades[10]. Contudo, observa-se escassez de estudos sobre o tema na população brasileira, sobretudo com grandes amostras e em âmbito hospitalar.

Compreendendo a magnitude desse agravo, questiona-se: quais as características dos idosos atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino em decorrência de queda? Considera-se essencial aumentar o conhecimento sobre as quedas nos idosos, suas características e consequências, possibilitando a elaboração de estratégias de promoção da saúde, o desenvolvimento de medidas preventivas e o adequado planejamento das ações dos profissionais que atendem essa população.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo descrever as características dos idosos atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino em decorrência de queda.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e delineamento transversal, realizado no pronto-socorro de um hospital de ensino da rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais[11]. O hospital é referência na região Norte de Belo Horizonte e municípios adjacentes, para uma população estimada de 1,1 milhão de habitantes, responsável pela assistência de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica[12].

A coleta de dados foi realizada por meio do levantamento das variáveis nos prontuários eletrônicos e ocorreu no mês de novembro de 2017, em uma sala disponibilizada pelo hospital, onde havia um computador com os registros dos atendimentos arquivados pelo sistema de informação MV®. Os critérios de inclusão foram: registro de atendimento cujo usuário apresentava idade de 60 anos ou mais e queixa principal no momento da triagem relacionada à queda.

No período de janeiro a dezembro de 2015, foram registrados 60.421 atendimentos no pronto-socorro. Desses, 9.868 foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Foram excluídos do estudo os registros que não continham a queixa principal, restando 8.751 atendimentos. Dos 8.751 registros, 1.460 eram de atendimentos de idosos cuja queixa principal estava relacionada à queda. Portanto, a amostra foi composta por 1.460 idosos que sofreram queda no ano de 2015.

As variáveis de análise foram: sexo; idade; estado civil; presença de acompanhante no momento do registro no pronto-socorro; comorbidades e região de moradia do usu-

ário, agrupada segundo a regional estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte[13] ou municípios pertencentes à região metropolitana de Belo Horizonte.

Além disso, foram consideradas as variáveis relacionadas ao atendimento: mês; período, considerando como manhã (07h01 às 13h00), tarde (13h01 às 19h00) e noite (19h01 às 07h00); dia da semana; tempo de permanência no pronto-socorro (em minutos).

Em relação à queda, foi verificado o tipo, categorizado em queda do mesmo nível, sendo a queda da própria altura e queda de nível elevado, ou seja, quedas de altura, como de árvore, telhado e andaime[9] e o local da queda.

O fluxograma e classificação de risco foram variáveis definidas segundo o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), que é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas que são selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo usuário no momento da triagem[13].Para a classificação de risco, sinaliza-se a gravidade utilizando cinco cores relacionadas à prioridade e ao tempo máximo para o primeiro atendimento médico, sendo: vermelho (emergência - 0 minuto); laranja (muito urgente - 10 minutos); amarelo (urgente - 60 minutos); verde (pouco urgente - 120 minutos) e azul (não urgente - 240 minutos)[14].

A consequência da queda estava relacionada com o diagnóstico recebido ou evolução clínica.

Em relação ao desfecho pós-atendimento**,** considerou-se alta por desistência; alta pós consulta; internação hospitalar; transferência para outro hospital e óbito.

Os dados selecionados do sistema do hospital foram organizados em uma planilha do EXCEL® e a análise descritiva das variáveis categóricas foi apresentada por meio da frequência absoluta e relativa e da variável numérica, por meio de mediana e intervalo interquartílico, após a verificação da ausência de distribuição normal pelo Teste de Shapiro-Wilk. Os dados foram analisados no programa de estatística Stata, versão 12.1. Verificou-se em alguns registros ausência de informações nas variáveis comorbidades (n=706) e consequência da queda (n=1.355).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 58499516.2.0000.5149. Por se tratar de coleta de dados secundários, não foi necessária a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não houve a identificação dos participantes, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Da amostra estudada (n=1.460), a maioria era do sexo feminino (66,92%), com idade acima de 80 anos (27,27%) e solteira (41,37%) (Tabela 1). Houve predomínio de idosos que chegaram ao pronto-socorro desacompanhados, que foram levados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou Bombeiro (34,25%).

Tabela 1 - Características dos idosos que sofreram queda e foram atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015 (n=1.460)

Características	n	%
Sexo		
Feminino	977	66,92
Masculino	483	33,08
Idade (anos)		
60 a 64	341	23,34
65 a 69	292	20,01
70 a 74	222	15,20
75 a 79	207	14,18
80 ou mais	398	27,27
Estado Civil		
Solteiro	604	41,37
Casado/União estável	502	34,38
Viúvo	275	18,84
Divorciado/Desquitado	79	5,41

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2015.

Em relação à presença de comorbidades, foram consideradas as principais condições patológicas que predispõem à queda[1], e havia registro dessa variável em 706 prontuários, sendo as mais frequentes hipertensão arterial sistêmica (HAS - 78,79%) e *diabetes mellitus* (DM - 28,79%) (Gráfico 1).

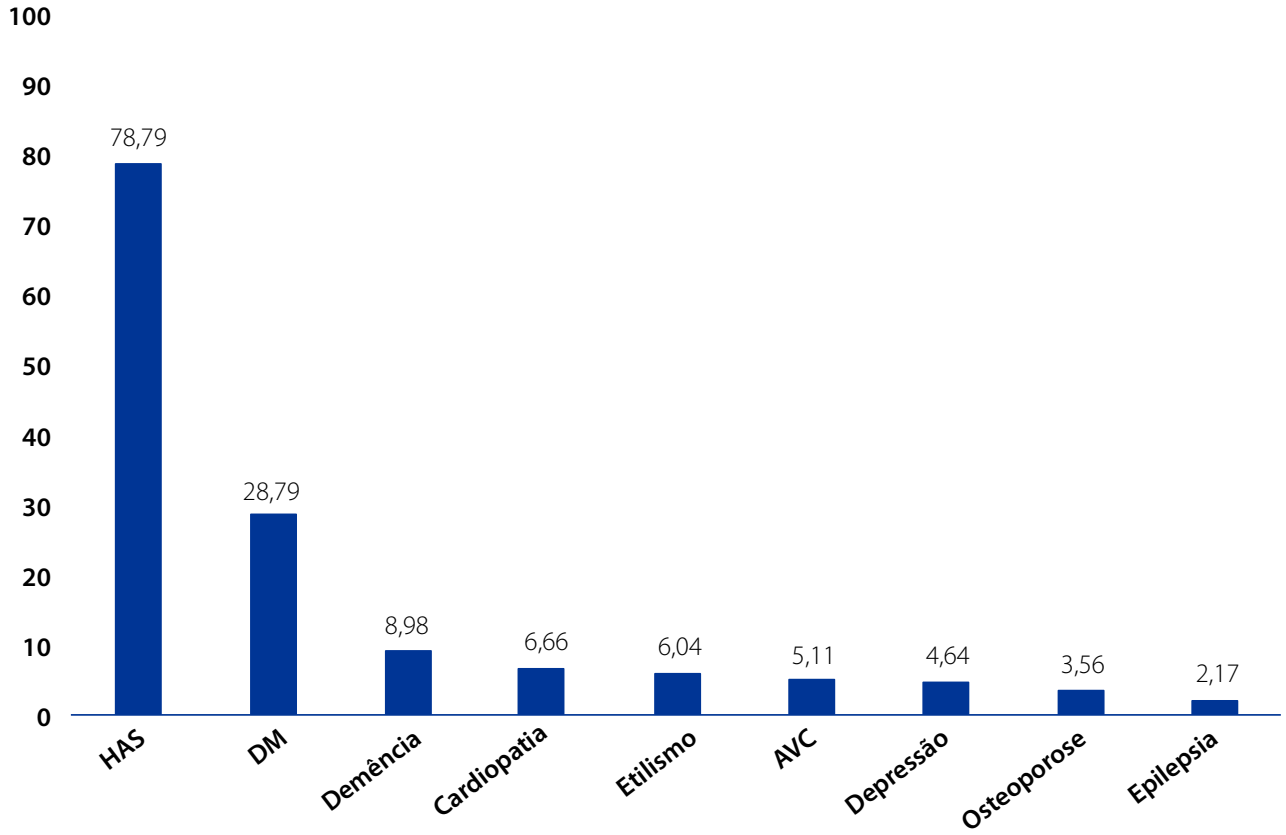

Gráfico 1 - Comorbidades dos idosos que sofreram queda e foram atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015 (n=706)

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2015.
Nota: AVC – Acidente Vascular Cerebral.

Em relação à região de moradia a regional Venda Nova foi a mais apontada (39,18%), seguida da regional Norte (25,27%).

A análise das características dos atendimentos demonstrou maior ocorrência de quedas nos meses de junho e julho (11,23% e 10,00%, respectivamente), na parte da manhã (36,58%) e da tarde (36,30%), ou seja, 72,88% dos registros se deram no período diurno. Em relação aos dias da semana, a proporção de atendimentos foi homogênea (variação menor que 10,00% entre os dias), sendo que na terça-feira houve mais registros (14,79%). O tempo de permanência desses pacientes no pronto-socorro variou de 6 minutos a 24 horas, sendo a mediana de 235 minutos (IQ: 114-443).

Sobre o tipo de queda, foi mais frequente a queda do mesmo nível (88,56%) e o local de maior ocorrência da queda foi a escada (38,78%).

De acordo com fluxograma de atendimento, o mais utilizado foi o de quedas (37,60%), seguido do fluxograma problemas em extremidades (35,27%). A maioria dos idosos atendidos foi classificado com a cor amarela – urgente (66,14%) (Gráfico 2).

Quanto à consequência da queda, o trauma foi o mais apontado (55,65%,) seguida de fratura de extremidades (13,65%) (Tabela 2).

Em relação ao desfecho pós-atendimento, a maioria dos idosos recebeu alta pós consulta (66,30%), 274 deles foram internados no hospital (18,77%), 113 receberam alta por desistência (7,74%) e 86 foram transferidos para outro hospital (5,89%). A proporção de óbitos foi de 1,30%, sendo que 12 (63,16%) desses óbitos tiveram como consequência da queda a fratura de quadril e 7 (36,84%) traumatismo cranioencefálico.

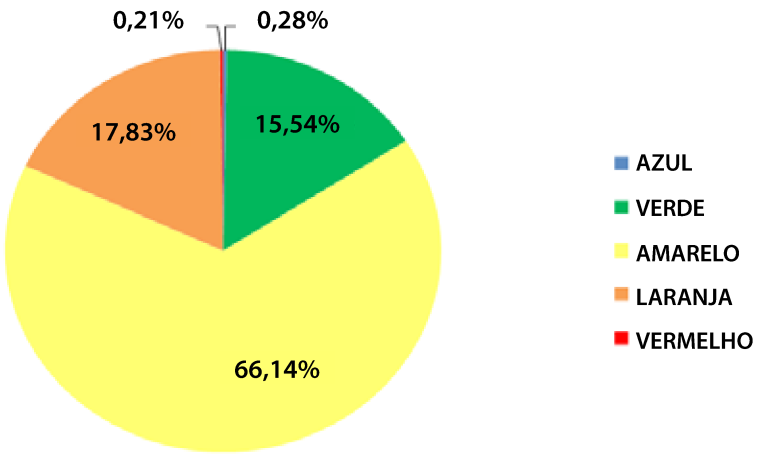

Gráfico 2 - Classificação de risco dos idosos que sofreram queda e foram atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015 (n=1.460)

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2015.

Tabela 2 - Consequência da queda em idosos atendidos no pronto-socorro de um hospital de ensino. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015 (n=1.355)

Consequência da queda	n	%
Trauma	754	55,65
Fratura de extremidades	185	13,65
TCE leve	169	12,47
Fratura de quadril	146	10,77
Fratura de coluna	29	2,14
Dor	20	1,48
TCE moderado	18	1,33
Fratura de costelas	14	1,03
Fratura de cabeça e pescoço	12	0,89
TCE grave	8	0,59
Total	**1.460**	**100**

Fonte: Sistema de informação MV® do hospital estudado, 2015.
Nota: TCE – Traumatismo Cranioencefálico.

DISCUSSÃO

Dos 60.421 registros de atendimentos no pronto-socorro do hospital estudado, em 2015, 9.868 (16,33%) foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que desses, 1.460 (14,79%) registros estavam relacionados à queda.

A idade é um dos fatores de risco para quedas, principalmente no grupo etário com 60 anos ou mais. Observa-se que as lesões relacionadas às quedas de pessoas idosas são associadas ao aumento de morbidade e incapacidade, ao maior uso dos serviços de saúde e maior risco de institucionalização. Mesmo quando a queda não é fatal, o evento causa a perda de confiança do idoso e o declínio funcional[15]. O processo de envelhecimento biológico ocasiona alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o aumento da idade e podem comprometer o desempenho de habilidades motoras, dificultar a adaptação do indivíduo ao ambiente e predispô-lo à ocorrência desse agravo[16].

Em relação ao sexo, observa-se que, independentemente do grupo etário ou da região do mundo, ambos são con-

siderados fator de risco para ocorrência de quedas. Porém, as mulheres idosas estão mais propensas à queda e à ocorrência de lesões graves[17], o que pode ser explicado pela redução dos níveis de estrogênio, perda progressiva de massa óssea, diminuição da massa magra e da força muscular, maior prevalência de doenças crônicas, além de maior exposição a atividades domésticas[8]. Assim, embora as mulheres vivam mais que os homens, elas ficam expostas por mais tempo aos efeitos das doenças crônicas não transmissíveis.

Quanto ao estado civil, a amostra foi predominantemente composta por registros de pessoas idosas solteiras, viúvas ou separadas (65,61%). A ocorrência de quedas entre os idosos que não possuem um companheiro pode estar relacionada ao fato de não terem alguém para compartilhar as tarefas diárias, os cuidados com a própria saúde e a promoção de um ambiente seguro. Além disso, esses idosos tendem a morar sozinhos, sendo incumbidos de tarefas que, associadas à instabilidade postural, podem gerar situações de risco para quedas[6].

Outro fator de risco para a ocorrência de queda inclui a presença de comorbidades, como as neurológicas, cardiovasculares ou endócrinas; bem como o uso contínuo de medicamentos para seu tratamento e mobilidade, cognição e visão deficientes[17]. Na amostra estudada observou-se a ocorrência de comorbidades relacionadas aos fatores de risco descritos acima: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, cardiopatia, acidente vascular cerebral e demência. Idosos hipertensos têm aproximadamente sete vezes mais risco de sofrer quedas quando comparados com aqueles que não apresentam essa morbidade[18]. Vale lembrar que a classe dos medicamentos cardiovasculares está entre aquelas mais associadas às quedas[15]. Em relação aos idosos diabéticos, esses podem apresentar outros fatores de risco para a ocorrência do agravo, tais como, decréscimo da função sensório motora, déficits neuromusculares e musculoesqueléticos e complicações farmacológicas[1].

Ao caracterizar o atendimento, verificou-se que a maioria dos registros foi de pessoas idosas oriundas da região onde o hospital se localiza e da qual é referência para a população; o período diurno, na parte da manhã, foi o mais frequente; e que o tempo de permanência no pronto-socorro foi relativamente curto (mediana: 4 horas). Outros autores obtiveram resultados semelhantes em relação ao período do dia em que as pessoas idosas buscam por atendimento nos serviços de urgência/emergência[9,19]. Essa preferência pode estar relacionada à maior disponibilidade de acompanhantes, meios de transporte públicos ou privados, segurança física e emocional. Além disso, durante o dia, o idoso realiza a maioria de suas atividades e pode estar mais propenso à queda[19].

Em relação ao tempo de permanência no pronto-socorro, recomenda-se que o idoso deve ser retirado precocemente desse ambiente, pois o prolongamento pode estar relacionado com agravos adicionais, como o *delirium*[20].

Ao analisar especificamente a queda, observou-se que o tipo mais frequente foi a do mesmo nível. Essas quedas geralmente estão associadas com alterações fisiológicas que ocorrem no processo de envelhecimento, como diminuição da acuidade visual, diminuição da força motora, dificuldade de locomoção, uso de medicamentos e ainda fatores relacionados ao ambiente[19].

Sobre os fatores ambientais, verificou-se, neste estudo, que o local de maior ocorrência das quedas foi na escada, que se constitui em ambiente inseguro para o idoso, pois pode apresentar um *design* desfavorável, falta de corrimão ou de guarda-corpo, degraus inadequados, sem sinalizações ou com piso irregular ou escorregadio[1]. Além disso, fatores relacionados ao quadro clínico do idoso podem tornar esse ambiente mais perigoso, tais como acuidade visual diminuída, desequilíbrio, uso de determinados medicamentos ou seus efeitos adversos, uso de bebida alcoólica ou de outras drogas.

Pode-se notar que na maior parte dos registros avaliados não havia informação sobre o local de ocorrência da queda. A identificação deste local é um importante determinante para a elaboração de políticas públicas de promoção à saúde do idoso, direcionadas ao controle e prevenção de acidentes envolvendo esse grupo, por meio de estratégias que possam envolver tanto os idosos quanto seus familiares[20]. Um ambiente pode ser considerado ideal para o idoso quando oferece segurança, facilita o desenvolvimento da sua funcionalidade e mobilidade, proporciona a estimulação cognitiva e a interação social, favorece a adaptação às mudanças e é aconchegante e familiar para o idoso[8]. É importante destacar que as mudanças realizadas no domicílio devem ocorrer com a autorização do idoso, pois sua casa e seus objetos possuem uma memória afetiva.

Ressalta-se que quando o usuário chega ao serviço e apresenta sua queixa, dá-se início à classificação de risco e o fluxograma é determinado de acordo com essa queixa principal e com os sinais e sintomas apresentados. O protocolo de classificação de risco mais utilizado no Brasil e reconhecido pelo Ministério da Saúde é o Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), no qual o processo de classificação de risco é realizado por enfermeiros, após treinamento específico[13].

O fluxograma representa a queixa principal ou situação apresentada pelo usuário no momento de sua entrada na instituição, sendo que o mais frequente neste estudo foi o de quedas. Entretanto, essa proporção pode estar subes-

timada, pois, algumas vezes, o usuário apresenta a queixa de queda, mas o profissional que o atende faz a sua classificação em outro fluxograma, devido aos sinais e sintomas apresentados no momento da triagem.

Assim, observou-se que o segundo fluxograma mais frequente foi o de problemas em extremidades. Tal achado pode ser justificado devido aos sinais e sintomas apresentados pelo usuário no momento da classificação de risco, tendo em vista que grande parte das consequências da queda está relacionada com fratura, dor, limitação de mobilidade ou de força das extremidades.

A eficiência da rede de urgência e emergência é dependente de uma triagem de qualidade. Dessa maneira, é possível analisar se a procura pelo serviço de atendimento era realmente necessária[14]. O SMCR relaciona o risco a uma cor, sendo que cada uma delas determina o tempo máximo para realização do primeiro atendimento médico[13]. A maioria dos idosos foi classificada com a cor amarela, que sinaliza situações urgentes, em que o paciente necessita de atendimento o mais rápido possível, porém não corre risco imediato de vida[14], o que leva a crer que esses pacientes não estão buscando atendimento sem a real necessidade. As quedas estão dentre as principais causas de morbimortalidade na população idosa[17], sendo consideradas um dos motivos mais comuns de hospitalização na população desta faixa etária[8].

A hospitalização ou o uso dos serviços de saúde pelo idoso em decorrência de queda é devido ao trauma ou lesão relacionada ao agravo. Neste estudo, foi possível avaliar que a consequência da queda mais frequente foi o trauma. A ocorrência de lesões menores ou mesmo que não ocorra nenhuma lesão afeta seriamente a qualidade de vida dos idosos, relacionada ao medo de cair, à perda da confiança, com consequente restrição de atividades, declínio funcional, isolamento social, depressão e aumento do risco de institucionalização[8,15,19].

As lesões decorrentes da queda mais frequentemente registradas foram fratura de extremidades, TCE leve e fratura de quadril. Embora menos de uma em cada 10 quedas resulte em fratura de pessoas idosas, a ocorrência desse tipo de lesão é preocupante[15]. Afinal, o idoso, após o trauma, pode apresentar maior dificuldade de recuperação e permanecer restrito ao leito por período prolongado. Consequentemente, ele pode desenvolver outras complicações, como respiratórias, vasculares e tegumentares, como a lesão por pressão[19]. Esses eventos comumente ocasionam perdas da autonomia e da independência do idoso e possui impactos diretos na sua qualidade de vida.

Especificamente sobre a fratura de quadril, observou-se neste estudo que esta foi a principal causa de óbito dos idosos (63,16%), seguida do TCE (36,84%). Vale lembrar que, aproximadamente 10% da população idosa com fratura de quadril morre dentro de um mês e 33%, dentro de um ano[15]. Por sua vez, o TCE constitui-se como um dos principais problemas de saúde pública mundial, devido sua elevada e crescente incidência e por representar importante causa de mortalidade[5].

Além do óbito, o desfecho pós-atendimento mais frequente foi a alta pós consulta. Apesar de a alta hospitalar ou do serviço de saúde representar um desfecho de atendimento positivo, receber alta não significa que a pessoa esteja totalmente recuperada. Muitas vezes, encontra-se em processo de recuperação, necessitando de cuidados. Ademais, na amostra estudada, encontravam-se idosos que saíram do serviço de saúde com lesões resultantes da queda relacionadas a problemas de locomoção. Tais problemas podem interferir negativamente nas atividades que os idosos realizavam antes do atendimento ou da hospitalização[20].

Diante disso, este estudo reforça a necessidade do profissional de saúde direcionar seu olhar para a relação entre a queda e a qualidade de vida dos idosos. Medidas preventivas devem ser adotadas, a fim de manter a independência ou minimizar os danos na sua capacidade funcional, reduzindo as internações hospitalares decorrentes desse evento e diminuindo os altos custos que as quedas acarretam ao sistema de saúde.

CONCLUSÃO

As características predominantes nos idosos que sofreram queda foram: sexo feminino, idade acima de 80 anos, estado civil solteiro e presença de hipertensão arterial. O tipo de queda mais frequente foi do mesmo nível, tendo como principal consequência o trauma e a alta pós consulta como o desfecho mais apontado. Além disso, o principal fluxograma utilizado foi o de quedas e a maioria dos idosos atendidos foi classificada com a cor amarela.

É importante considerar como limitação neste estudo a utilização de uma amostra por conveniência, tornando necessários novos estudos sobre o tema, sobretudo com amostra aleatória e representativa da população brasileira. Além disso, por se tratar de coleta de registros em prontuários, algumas informações ficaram incompletas e não foi possível abranger o perfil amostral com outras variáveis, impossibilitando testes de associação e análises aprofundadas dos dados. Contudo, destaca-se o rigor metodológico empregado em todas as etapas da pesquisa e a magnitude de sua amostra, na qual evidencia-se consistência interna.

Ressalta-se a importância da elaboração de estudos de abordagem multifatorial com o intuito de identificar as possíveis causas das quedas em idosos, auxiliando na criação de estratégias para a prevenção e enfrentamento da ocorrência desses eventos, minimizando sua repercussão e contribuindo com o envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(1):201-9. doi: https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100019.
2. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S. WHO washes its hands of older people. Lancet. 2018;391(10115):25-6. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33313-5.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico: 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 2018 jan 18]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf.
4. World Health Organization (CH). World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015 [cited 2018 Jan 18]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1.
5. Oliveira KAD, Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Martins CS, Abelan US, Fernandes AB. Causes of trauma in elderly patients treated in emergency unit. Rev Enferm UFPE online. 2013 [cited 2017 dec 15];7(4):1113-9. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11587.
6. Abrantes KSM, Menezes TN, Farias MCAD, Silva MIL, Rolim VE, Macedo JH, et al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. ABCS Health Sci. 2013 [citado 2018 jan 03];38(3):126-32. Disponível em: https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/17.
7. Leiva-Caro JA, Salazar-González BC, Gallegos-Cabriales EC, Gómez-Meza MV, Hunter KF. Connection between competence, usability, environment and risk of falls in elderly adults. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(6):1139-48. doi: https://doi.org/10.1590/0104-1169.0331.2659.
8. Vitorino LM, Teixeira CAB, Vilas Boas EL, Pereira RL, Santos NO, Rozendo CA. Fear of falling in older adults living at home: associated factors. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03215. doi: https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016223703215.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva - Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 jan 03]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf.
10. Abreu DROM, Azevedo RCS, Silva AMC, Reinners AAO, Abreu HCA. Características e condições de saúde de uma coorte de idosos que sofreram quedas. Rev de Enferm UFPE on line. 2015 [citado 2018 jan 28];9(3):7582-9. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10497/11362.
11. Santos ML. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda [monografia]. Belo Horizonte (MG): Hospital Risoleta Tolentino Neves; 2018.
12. hrtn.fundep.ufmg.br/ [Internet]. Belo Horizonte: Hospital Risoleta Tolentino Neves; c2018 [citado 2018 jan 03]. Disponível em: http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/.
13. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. 2. ed. Belo Horizonte; 2015 [citado 2018 jan 20]. Disponível em: http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf
14. Silva MDFN, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(2):218-25. doi: https://doi.org/10.1590/0104-1169.3172.2405.
15. Davies EA, O'Mahony MS. Adverse drug reactions in special populations: the elderly. Br J Clin Pharmacol. 2015;80(4):796-807. doi: https://doi.org/10.1111/bcp.12596.
16. Pereira SG, Santos CBD, Doring M, Portella MR. Prevalence of household falls in long-lived adults and association with extrinsic factors. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2900. doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1646.2900.
17. World Health Organization (CH) [Internet]. Geneva: WHO; c2018-2019 [cited 2018 Apr 03]. Falls; [about 1 screen]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls.
18. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR. Assessment of risk of falls in elderly living at home. Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2754. doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754.
19. Meschial WC, Soares DFPDP, Oliveira NLBD, Nespollo AM, Silva WAD, Santil FLDP. Elderly victims of falls seen by prehospital care: gender diferences Rev Bras Epidemiol. 2014;17(1):3-16. doi: https://doi.org/10.1590/1415-790X201400010002ENG.
20. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Sociodemographic profile and hospitalization process of elderly assisted at an emergency hospital. Rev RENE. 2015;16(6):908-1005. doi: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600018.

Autor correspondente:
Flávia Sampaio Latini Gomes
E-mail: latiniflavia@gmail.com

Recebido: 22.08.2018
Aprovado: 07.03.2019

BY-NC