

## Registro das circunstâncias das quedas no âmbito comunitário: perspectiva na Península Ibérica<sup>1</sup>

Maria de Fátima Araújo<sup>2</sup>  
Nilza Nogueira Caldevilla<sup>2</sup>  
Candida Maciel<sup>3</sup>  
Felicidade Malheiro<sup>4</sup>  
María Aurora Rodríguez-Borrego<sup>5</sup>  
Pablo Jesús López-Soto<sup>6</sup>

**Objetivo:** determinar o diagnóstico da situação sobre a documentação das quedas e risco de queda em pessoas maiores de 75 anos em unidades básicas de saúde da Espanha e Portugal. **Método:** estudo exploratório misto em duas etapas: (i) descritiva quantitativa de registros de queda selecionados aleatoriamente produzidos em um ano (597 registros; 197 espanhóis e 400 portugueses); e (ii) qualitativa, para conhecer a percepção dos profissionais de saúde, utilizando entrevistas semiestruturadas (72 profissionais; 16 espanhóis e 56 portugueses). Os âmbitos de estudo foram duas unidades básicas de saúde do Sul de Espanha e do Norte de Portugal. **Resultados:** nos registros de queda, o número de mulheres era maior. A presença de queda esteve associada com as variáveis idade, presença de demência, doença osteoarticular, quedas prévias e consumo de antivertiginosos. Os profissionais de saúde perceberam uma ausência de instrumentos de avaliação do risco de queda, assim como carência de programas de prevenção e falta de sensibilização sobre este acontecimento. **Conclusão:** as quedas são percebidas como uma área de atenção prioritária para os profissionais de saúde. Não obstante, existe uma falta de adesão ao registro de quedas e da avaliação do risco como consequência de problemas organizacionais, logísticos e motivacionais.

**Descritores:** Acidentes por Quedas; Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Prevenção de Acidentes; Medição de Risco; Promoção da Saúde.

<sup>1</sup> Apoio financeiro do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), processo POCI-01-0145-FEDER-007746, Fundação para a Ciência e a Tecnologia e Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (FCT/MCTES), processo UID/IC/4255/2013, Portugal e Fundación MAPFRE, processo BIL/14/P2/089, Espanha.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal.

<sup>3</sup> MSc, Enfermeira, Unidade de Saúde Familiar Arca d'Água, Porto, Portugal.

<sup>4</sup> Especialista em Medicina Geral e Familiar, Médica, Unidade de Saúde Familiar Arca d'Água, Porto, Portugal.

<sup>5</sup> PhD, Professor Titular, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, Espanha.

<sup>6</sup> PhD, Professor Assistente, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, Espanha.

### Como citar este artigo

Araújo MF, Nogueira-Caldevilla N, Maciel C, Malheiro F, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Record of the circumstances of falls in the community: perspective in the Iberian Peninsula. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2977. [Access    ]; Available in:  URL. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2373.2977>.

## Introdução

Em uma população cada vez mais envelhecida, é de vital importância desenvolver políticas de saúde pública que preservem sua autonomia e independência. As quedas, neste sentido, se encontram entre as primeiras causas de perda de autonomia, constituindo um grave problema de saúde pública pelas consequências clínicas, sociais e econômicas que têm tanto na pessoa, como em sua família<sup>(1)</sup>.

As quedas são o resultado de uma interação complexa entre múltiplos fatores de risco<sup>(2)</sup>, tanto intrínsecos (biológicos e comportamentais) como extrínsecos (socioeconômicos e do meio ambiente). Ainda que alguns destes fatores não sejam modificáveis (idade e condições médicas crônicas), a maioria deles o são (iluminação, superfície do solo, etc.). Uma revisão sistemática recente<sup>(3)</sup> evidencia que o desenvolvimento de programas de intervenção, mesmo que apenas enfocando em um fator de risco, reduz a ocorrência destes acontecimentos adversos e suas consequências.

Nas últimas décadas, a comunidade científica vem fazendo grandes esforços para identificar os fatores de risco de queda, entretanto, se presta pouca atenção à avaliação e documentação do risco de queda<sup>(4-5)</sup>.

Por outro lado, o enfoque atual em relação ao envelhecimento é que este seja ativo (ausência de dependência, segurança em termos econômicos e sociais e integração na vida comunitária). A partir da União Europeia, planos de ação estão sendo desenvolvidos para promulgar o mencionado envelhecimento ativo mediante sinergias entre os países<sup>(6)</sup>. Neste sentido, com o enfoque de apoiar a sustentabilidade e eficiência a longo prazo dos sistemas de saúde, é interessante conhecer como se abordam as quedas pelos profissionais de saúde. Por isso, o objetivo deste estudo é realizar um diagnóstico da situação sobre a documentação das quedas e risco de queda em pessoas maiores de 75 anos em unidades básicas de saúde da Espanha e Portugal.

## Métodos

Foi realizado um estudo exploratório misto em duas etapas: (i) descritiva quantitativa e (ii) qualitativa em unidades básicas de saúde (UBS) de duas cidades, uma do Sul de Espanha e outra do Norte de Portugal. Em ambos os casos, as UBS constituem a estrutura mínima para garantir a prestação de cuidados de saúde primários.

Na primeira etapa do estudo, foram utilizados como objetos de estudo os registros dos sistemas de informação em saúde das pessoas com 75 anos ou mais, documentados em 2013 na Espanha e em 2014 em Portugal. Para determinar o número de registros, foi

realizado um cálculo do tamanho da amostra segundo os seguintes parâmetros: precisão  $\pm 5$ ; 50% (situação de máxima incerteza; não foi estabelecido um valor de referência); nível de confiança de 95% e 10% como porcentagem de resposta não previsto.

O valor no caso de Espanha foi calculado através de uma amostragem em duas etapas, determinando em primeiro lugar aleatoriamente quatro UBS, e nestas unidades, segundo a distribuição populacional de cada uma, foram selecionados aleatoriamente os registros. Neste sentido, o número de registros incluídos foi de 197.

No caso de Portugal, para a seleção de amostra foi empregado uma amostragem aleatória sistemática do total de registros de pessoas maiores de 75 anos de 11 UBS que pertenciam ao Agrupamentos de Centros de Saúde Porto Oriental (ACES). No total, se estudou uma amostra de 400 registros.

O programa estatístico para a obtenção de amostra foi Ene 3.0 (software de livre distribuição). A fonte de população utilizada foi, no caso de Espanha, o programa Diraya (história clínica eletrônica do Sistema Sanitário Público de Andaluzia); enquanto que para Portugal se utilizou o SCLínico (sistema de informação evolutivo comum a todos os provedores de atenção à saúde e centrado no paciente).

Na etapa qualitativa, os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde das UBS incluídas no estudo quantitativo. Estes sujeitos eram, em função da estrutura das UBS, principalmente profissionais de enfermagem e medicina. A amostra foi intencional, selecionada por intermediários institucionais, e determinada por saturação de dados. Deste modo, o número de profissionais de saúde na Espanha foi de 16 (8 enfermeiros e 8 médicos), enquanto que, em Portugal, também foi realizado uma amostragem intencional entre enfermeiros, sendo no total 56 profissionais. O menor número de os profissionais de saúde na Espanha se deve ao emprego simultâneo de grupos focais com o questionário<sup>(7)</sup>; enquanto que em Portugal apenas se empregou questionários.

Todos os autores do manuscrito, com experiência em estudos qualitativos, participaram da coleta dos dados em todas as etapas. Na etapa descritiva quantitativa, se obteve informação a partir dos registros clínicos de 2013 na Espanha e de 2014 em Portugal, das pessoas maiores de 75 anos selecionadas. Esta informação foi obtida durante o ano de 2015. Os dados coletados dos registros foram variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, empresa), clínicas (antecedentes médicos, número de medicamentos, tipos de medicamentos, peso, altura, pressão arterial, quedas), fatores de risco de quedas e documentação de enfermagem, dados que permitiam caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico da amostra e perceber

a relevância dada pela equipe de saúde às quedas e risco de queda (avaliação, diagnóstico e intervenção).

Na etapa qualitativa, os dados dos profissionais de saúde selecionados eram obtidos através de um questionário dividido em duas partes: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, nível de educação e estado civil), características laborais (instituição onde exerce a atividade, tempo de serviço, categoria profissional, formação específica na área de geriatria/gerontologia), e cinco perguntas abertas para conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem em relação à pertinência (ou não) de integrar em sua prática clínica o "risco de quedas" das pessoas maiores de 75 anos, assim como identificar possíveis obstáculos que, sua opinião, poderiam dificultar a avaliação/intervenção/documentação das quedas/risco de queda. Antes de aplicar o questionário, os profissionais eram informados sobre os objetivos do estudo e lhes era fornecida informação por escrito. Todos os participantes deviam dar seu consentimento. As perguntas foram as seguintes:

- Em sua opinião como profissional de saúde, é de sua competência a avaliação do risco de queda em idosos? Porque?
- Você avalia as quedas/risco de quedas que ocorrem em idosos? Porque?
- Em sua opinião, os profissionais de saúde registram as quedas/risco de queda em idosos? Porque?
- Em sua opinião, que tipo de fatores contribuem para a adesão/falta de adesão à documentação de quedas/risco de quedas em idosos?
- Em sua opinião, a prevenção de quedas em idosos é uma área de atenção prioritária nos cuidados de saúde primários? Porque?

Esta informação foi coletada entre os meses de maio e junho de 2015 na Espanha e entre março e maio de 2016 em Portugal.

A análise da primeira etapa foi realizada utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS 22.0). A estatística descritiva desenvolvida implicou na realização de um teste prévio de normalidade de Shapiro-Wilk para comprovar o ajuste das distintas variáveis à normalidade e, assim, utilizar índices paramétricos ou não. A amostra foi descrita mediante frequências absolutas e relativas em variáveis qualitativas, e de tendência central (media/mediana) e dispersão (desvio típico/intervalo interquartilico) em variáveis quantitativas. Foi realizada análise bivariante ou simples não paramétrica (teste de Fisher; U-Mann-Whitney) para comparação entre grupos, uma vez que a amostra para as variáveis de estudo era inferior a 30. Para os testes estatísticos de contraste de hipótese, foi assumido uma significância estatística com  $p < 0,05$  e intervalos de confiança com segurança de 95%.

Os dados da etapa qualitativa foram analisados mediante análise de conteúdo temático de Bardin (2009) para determinar os "núcleos de significado" que formam uma mensagem e cuja presença ou frequência pode ser significativa para o objetivo analítico escolhido<sup>(8)</sup>. Com a intenção de proporcionar rigor metodológico, a análise foi realizada em três etapas: (i) pré-análise: leitura de toda a informação para obter uma informação geral do conteúdo; (ii) exploração do material: codificação da informação usando "unidades de registro" que estabeleçam um conjunto de tópicos e uma subsequente condensação destes temas em categorias temáticas; e (iii) tratamento de resultados/interpretação: apresentação dos resultados em forma de tabelas-resumo que permitem a interpretação e inferência dos resultados com extratos das "unidades de registro".

Os dados obtidos a partir dos dois âmbitos de estudo foram comparados por triangulação de dados, técnicas, métodos e pesquisadores.

O estudo foi aprovado pelos Comitês Éticos provinciais (Espanha: Acta nº 230 - ref. 2578; Portugal: nº 97/2014) dos âmbitos de estudo para pesquisa em sujeitos humanos e todos os processos foram realizados de acordo com a Declaração de Helsinki de 1964 e suas posteriores modificações relativas às normas éticas relevantes.

## Resultados

Os registros selecionados mostram populações similares quanto a sexo, com maioria de mulheres (Espanha: 64,5%; Portugal: 61,7%), e em idade (Espanha: 81,3±4,7 anos; Portugal: 82,6±5,3 anos). As características sociodemográficas, número de medicamentos e a ocorrência de quedas estão especificadas na Tabela 1.

Em relação às características clínicas, o índice de massa corporal (IMC) mostra uma população espanhola com obesidade leve (N=72; IMC=31,2±4,7 kg/cm<sup>2</sup>) e a portuguesa com sobrepeso (N=260; IMC=26,3±4,6 kg/cm<sup>2</sup>). Os índices de pressão arterial sistólica e diastólica são similares [Espanha (N=162): 140,3±18,1 e 73,4±11,3 mmHg; Portugal (N=309): 137±13,9 e 73,7±8,5 mmHg].

Os registros espanhóis mostram como medicamentos mais prescritos os anticoagulantes/antitrombóticos (50,3%), betabloqueadores (22,8%) e outros anti-hipertensivos (67,5%), antidiplidêmicos (38,1%), antidiabéticos orais (25,4%), diuréticos (26,4%), antidepressivos (20,8%) e ansiolíticos/sedativos (19,3%). Os registros portugueses para a medicação prescrita forneceram dados similares: anticoagulantes/antitrombóticos (27,2%), betabloqueadores (16,9%) e outros anti-hipertensivos (57,5%), antidiplidêmicos (48,7%), antidiabéticos orais (20%), diuréticos (43,7%), antidepressivos (17,2%) e ansiolíticos/sedativos (35,8%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, número de medicamentos e ocorrência de queda. Córdoba, Andaluzia, Espanha, 2013; Porto, Portugal, 2014

Variáveis	Espanha	Portugal
<b>Sexo</b>		
Mulheres	64,5% (127)	61,7% (246)
Homens	35,5% (70)	38,3% (153)
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	5% (10)	5% (20)
Primária	11,7% (23)	35,5% (142)
Secundária	0% (0)	2,7% (11)
Avançada	0,5% (1)	4% (16)
Sem registro	82,8% (163)	52,8% (211)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	2% (4)	0,5% (2)
Casado	14,3% (28)	23,7% (94)
Divorciado	0% (0)	0,2% (1)
Viúvo	16,2% (32)	7,1% (28)
Sem registro	67,5% (133)	68,5% (272)
<b>Tipo de família</b>		
Unitária	4,6% (9)	4% (16)
Nuclear	1,5% (3)	8% (32)
Monoparental	2,6% (5)	2,2% (9)
Outra	4,6% (9)	6,3% (25)
Sem registro	80,7% (159)	79,5% (318)
<b>Nº de medicamentos</b>		
Nenhum	6,6% (13)	14,6% (58)
< 5	27,9% (55)	27,4% (109)
≥ 5	65,5% (129)	53,5% (214)
<b>Quedas</b>		
Sim	12,7% (25)	4,9% (19)
Não	0% (0)	6,2% (24)
Sem registro	87,3% (172)	88,9% (344)

As entidades clínicas mais frequentes nos registros espanhóis foram: hipertensão (65,5%), doenças osteoarticulares (44,7%), insuficiência cardíaca (32,5%), dislipidemia (31%) e diabetes mellitus (29,4%). No caso de Portugal foram: hipertensão (66,2%), doenças osteoarticulares (46,3%), diabetes (27%) e doenças oftálmicas (20,8%).

Os auxílios para a marcha eram usados em casos reduzidos (Espanha: 13,2%; Portugal: 5,5%). Em Portugal, diferentemente dos registros espanhóis, existiam hábitos etílicos, de fato, a porcentagem era bastante elevada (64,5%). As características da queda e a documentação de enfermagem incluída nos registros estão reunidas na Tabela 2.

Para os registros portugueses, foi associado significativamente a ocorrência de queda com as variáveis idade ( $p=0,03$ ; 85 *versus* 82 anos), presença de demência ( $p=0,04$ ; 27,7% *vs.* 10,7%), presença de doença osteoarticular ( $p=0,01$ ; 76,4% *vs.* 44,6%) e consumo de antivertiginosos ( $p=0,04$ ; 27,7% *vs.* 10,8%); enquanto que, nos registros espanhóis, foi verificado

significância estatística com a presença de quedas prévias ( $p=0,02$ ; 23,4% *vs.* 7,5%).

Tabela 2 – Características da queda e documentação de enfermagem. Córdoba, Andaluzia, Espanha, 2013; Porto, Portugal, 2014

Variáveis	Espanha	Portugal
<b>Lesões resultantes da queda</b>		
Não	0% (0)	10,6% (2)
Fratura	20% (5)	31,5% (6)
Escoriação	8% (2)	15,8% (3)
Contusão	36% (9)	10,6% (2)
Laceração	24% (6)	0% (0)
Alteração de consciência	12% (3)	5,2% (1)
Sem registro	0% (0)	26,3% (5)
<b>Lugar da queda</b>		
Casa	24% (6)	21,0% (4)
Rua	56% (14)	0% (0)
Outros	0% (0)	5,2% (1)
Sem registro	20% (5)	73,7% (14)
<b>Avaliação do risco de queda</b>		
Sim	29,9% (59)	2,1% (8)
Não	0% (0)	0,4% (1)
Sem registro	70,1% (138)	97,5% (391)
<b>Instrumento de avaliação</b>		
Sim	5,6% (11)	1,8% (7)
Não	24,4% (48)	0% (0)
Sem registro	70% (138)	98,2% (393)
<b>Diagnóstico de enfermagem do risco de queda</b>		
Sim	12,7% (25)	1,3% (5)
Não	11,7% (23)	0% (0)
Sem registro	75,6% (149)	98,7% (395)
<b>Diagnóstico de enfermagem da queda</b>		
Sim	3% (6)	0,2% (1)
Não	9,6% (19)	0,8% (3)
Sem registro	89,4% (176)	99% (396)

Em ambos os âmbitos, as características da queda não foram registradas de forma sistemática. Em relação ao tempo da queda, no âmbito português não foram fornecidos dados, enquanto que no espanhol, 80% destas forneciam esta variável, sendo o período da manhã (07:00-12:00h) o período de maior ocorrência de quedas (40%).

A análise qualitativa esteve centrada nos problemas da documentação da queda, a avaliação das quedas e o risco de queda. Neste sentido, as entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais de saúde permitiram obter um diagnóstico da situação sobre a documentação das quedas e o risco de queda em idosos. As características sociodemográficas, acadêmicas e profissionais nos dois âmbitos de estudo estão mostradas na Tabela 3.

Tabela 3 – Características sociodemográficas, acadêmicas e profissionais dos entrevistados. Córdoba, Andaluzia, Espanha, 2015; Porto, Portugal, 2016

Variáveis	Espanha (N=16)	Portugal (N=56)
Sexo (N)	Mulher (10) Homem (6)	Mulher (44) Homem (12)
Idade (Faixa etária)	39-61 anos	31-55 anos
Nível de estudos (N)	Diploma/Grau (14) Mestrado (1) Ausente (1)	Licenciatura (47) Mestrado (9)
Estado civil (N)	Casado/a (10) Divorciado/a (2) Solteiro/a (3) Ausente (1)	Casado/a (39) Divorciado/a (4) Solteiro/a (10) Casal de fato (3)
Tempo de trabalho na instituição atual	22-388 meses	2-246 meses
Tempo de exercício profissional	5-39 anos	6-31 anos
Categoria profissional	Médicos/as (9) Enfermeiros/as (7)	Enfermeiros/as (56)
Formação em geriatria/gerontologia	Sim (2) Não (14)	Sim (5) Não (51)

As respostas abertas para determinar as potenciais barreiras na avaliação e intervenção das quedas/risco de queda foram variáveis, entretanto, se obtiveram dados similares em ambos os âmbitos. Mais de dois terços dos entrevistados em ambos os âmbitos (Espanha: 75%; Portugal: 90,2%) consideravam que era de sua competência avaliar o risco de queda de idosos, justificando que era um objetivo de sua carteira de serviços: *Temos esta avaliação como objetivo de nossa Unidade de Gestão* (Profissional de Saúde Espanhol – PSE3) e que tem a posição ideal para realizar a avaliação: *Somos os que mais estamos em contato* (PSE5); *a mesma avaliação não deve ser única e exclusiva de avaliação de enfermagem, se deve considerar o médico de família, ou a maioria das vezes contatar o paciente e proceder a sua avaliação* (Profissional de Saúde Português – PSP11); mesmo que vários profissionais consideravam que era uma competência de enfermagem: *Considero que o enfermeiro da família, levando em conta a visão holística que têm de seus pacientes, têm a competência de avaliar o risco de queda* (PSP12); *somos (enfermagem) o grupo profissional com grande proximidade ao paciente/família, assim como com possibilidades de avaliação no âmbito residencial* (PSP53).

Especificamente, a percentagem de profissionais de saúde que afirmavam avaliar as quedas/risco de quedas em sua prática assistencial era inferior na Espanha (56,3%) em relação à Portugal (84,4%). Os profissionais justificavam que era de sua competência: *é competência dos profissionais de saúde* (PSE4); para realizar medidas preventivas: *A partir daqui, trabalhar no sentido da prevenção de quedas* (PSP9); *para adotar e administrar o material ortoprotético necessário (bengala, andador, calçado, etc.)* (PSE7). Aqueles que responderam

negativamente, consideravam que não existiam escalas apropriadas para a avaliação, falta de tempo ou por sua pouca relevância em relação a outras atividades assistenciais: *Pela inexistência de escalas apropriadas e porque não existe a nível institucional nenhum protocolo para avaliação de risco de queda* (PSP10); *a maioria das vezes avalio o risco sem registrá-lo, porque damos relevância a outros assuntos, o tratamento que vamos realizar e que têm mais urgência* (PSP19); *a maior parte das vezes por falta de tempo para avaliar os espaços físicos* (PSP17).

Em ambos os contextos um grande número de profissionais de saúde considerava que se registravam as quedas/risco de quedas (Espanha: 75%; Portugal: 69,2%). As explicações que proporcionavam eram similares às anteriores: carência de instrumentos e sistemas apropriados de registro ou incorporação recente aos objetivos da carteira de serviços e falta de tempo: *Há dois anos vimos registrando* (PSE1); *pela inexistência de escalas adequadas. Por não ser uma prática comum ou pouco enraizada dentro da instituição* (PSP10); *porque nosso programa informático é desordenado e muito complexo e a intervenção é ambígua* (PSP19); *muitas vezes não é detectada, novamente por falta de tempo empregado na realização de domicílios* (PSP17). Por outro lado, os profissionais de saúde espanhóis consideravam que esta ação era de competência exclusiva da enfermagem: *a enfermagem o faz* (PSE11).

Os profissionais de saúde concordavam que os fatores que contribuíam para o registro/não registro das quedas era a pouca operabilidade do sistema de registro, falta de tempo, conscientização e motivação: *Sistema informático complexo. Falta de tempo e sobrecarga do trabalho* (PSP18); *conscientização/motivação profissional; sobrecarga de trabalho (não substituição); muitos objetivos de enfermagem no contrato programa; média de idade de enfermagem elevada dificulta o trabalho informático* (PSE8); *falta de conscientização; falta de tempo; não se considera que influencie em sua atenção integral* (PSE1).

Mais da metade dos profissionais de saúde afirmavam que a prevenção de quedas era uma consideração prioritária (Espanha: 56,2%; Portugal: 95,8%). *Na atenção primária, a prevenção primária é nosso objetivo principal. As quedas pressupõem um importante problema de saúde* (PSE2); *considero que deveria ser, porque as quedas são uma das principais razões que levam as pessoas idosas a perder autonomia em suas atividades da vida diária e levam a grandes sequelas em termos de morbidade* (PSP6). Não obstante, aqueles que respondiam negativamente enfatizaram a morbimortalidade destes eventos: *Não é prioritária, porém não deixa de ser importante, já que as quedas deixam muitas vezes os idosos incapacitados e isso se traduz em diminuição da qualidade de vida* (PSP17).

A inferência e interpretação dos resultados, conforme a Figura 1, permite estabelecer categorias emergentes. Os profissionais de saúde percebiam que existia uma carência de programas de prevenção de quedas em idosos em termos de instrumentos de medida de risco. Como consequência, os profissionais informavam que a nível institucional não havia esforços para estabelecer protocolos/medidas de avaliação de quedas, existindo, por tanto, uma falta de avaliação do risco de queda. De fato, alguns profissionais de saúde percebiam como não importante a avaliação do evento de queda. Finalmente, a situação institucional e dos profissionais sobre o evento queda evidencia uma baixa conscientização.

A triangulação dos dados obtidos tanto da análise dos registros de pessoas maiores de 75 anos como das entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde em ambos os âmbitos, em diferentes contextos

e investigadores, permitiram identificar os seguintes problemas: (i) ausência de registros do risco de queda, pelo fato de não existir instrumentos adequados, segundo informavam os profissionais de saúde; (ii) falta de implementação de programas específicos de prevenção de quedas, realizando medidas individuais e não sistematizadas; (iii) falta de avaliação das quedas e suas características, fato contrastado com a percepção dos profissionais, a escassez de registros sobre as circunstâncias das quedas e a ausência de medidas preventivas implementadas após um acontecimento; (iv) falta de conscientização sobre o evento da queda, percepção que foi compartilhada em ambos os âmbitos pelos profissionais e respaldada pela carência de ações institucionais; e (v) subregistro de quedas, mostrando uma falta de cultura do registro a nível dos profissionais de saúde e da própria instituição.

Unidades de significado	Categoria temática
<i>Não existe no sistema de registro um ícone específico nem instrumentos para a queda (PSE3)</i>	Ausência de instrumentos de avaliação do risco de queda
<i>Devido à inexistência de escalas apropriadas no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e porque não existe a nível institucional nenhum protocolo para avaliar o risco de queda (PSP10)</i>	Carência de programas de prevenção de quedas em idosos
<i>Não avalio por falta de tempo e pouca percepção da importância da temática (PSP41)</i>	Falta de importância para a avaliação do evento de queda
<i>(A avaliação) É um procedimento não incluído nas normas de procedimento do serviço. Não é considerada uma prioridade na avaliação de enfermagem pela equipe. Salvo em pacientes com dificuldades de mobilidade ou com antecedentes de queda (PSP28)</i>	Falta de conscientização/ sensibilização sobre a queda.

Figura 1 – Categorias emergentes após a triangulação dos dados. Córdoba, Andaluzia, Espanha, 2015; Porto, Portugal, 2016.

## Discussão

O presente estudo proporciona evidência tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo dos problemas de documentação de quedas e risco de queda em pessoas maiores de 75 anos, existentes em unidades básicas de saúde da Espanha e Portugal.

Em ambos os contextos, os profissionais de saúde expressam que a queda é um problema de grande relevância e que se encontra em aumento devido ao envelhecimento populacional. Não obstante, nos registros estudados foi comprovado o reduzido número de quedas documentadas. As causas que emergiram desta ausência de registros foram a não existência de sistemas informáticos e instrumentos amigáveis que facilitem o registro, a sobrecarga de trabalho, assim como a falta de conscientização e motivação/sensibilização na avaliação do risco de queda.

Entretanto, a qualidade dos dados registrados irá determinar o êxito na segurança do paciente<sup>(9-11)</sup>. Nesta linha, vários estudos mostraram razões similares àquelas levantadas em nosso estudo, do porquê do subregistro<sup>(12-14)</sup>. As principais razões expressas nestes estudos são: a sobrecarga de trabalho, medo da culpa, o sentimento de que não foi realizado um informe com garantias de qualidade e o desconhecimento por parte

dos profissionais de saúde da existência dos registros ou de registrar. A recomendação destes autores é modificar a cultura "de culpa" por outra de liberdade de registro, implementar sistemas de informação amigáveis e disponíveis a todos os profissionais, assim como proporcionar formação continuada sobre o uso e benefícios dos sistemas de registro, além de uma análise profunda do evento de queda e compromisso significativo dos profissionais de saúde<sup>(15)</sup>. Por outro lado, deve-se ter claro o conceito de que não é tanto o número de registros obtidos o que determina o sistema de registro, porém que um número suficiente seja registrado para construir uma ideia de segurança<sup>(15)</sup>. Este último autor concorda com a percepção dos profissionais de saúde espanhóis e portugueses do presente estudo, que informam sobre a existência de acontecimentos com lesões sérias, porém, por outro lado não existe consciência de que o sistema tenha uma baixa taxa de registro, pelo que se deduz do fato de que não se incluem muitos eventos com lesões leves ou sem consequências<sup>(14)</sup>.

Em relação às causas de queda, ainda que não se tenha encontrado significância estatística em ambos os contextos, os registros clínicos mostram que a maioria dos idosos que caem são do sexo feminino. Outros estudos também encontraram essa maior predisposição no sexo

feminino<sup>(16)</sup>, explicando esta diferença nas características musculoesqueléticas e hormonais, assim como ao desempenho de múltiplas tarefas. De fato, a presença de doenças osteoarticulares naquelas pessoas que caíam era significativamente mais comum (76,4%) do que naquelas que não sofriam quedas (44,6%), fato que também coincide com outras séries similares<sup>(16)</sup>. Portanto, resulta essencial desenvolver medidas preventivas ajustadas, não apenas em relação à idade – variável significativa em nosso estudo, porém também ao gênero<sup>(17)</sup>. Também foi encontrado significância estatística para a presença de depressão, consumo de antiveriginosos e presença de quedas prévias. Estudos recentes realizados em sujeitos que vivem em comunidades também sugerem que pessoas maiores de 80 anos, com presença de vertigem, sintomas depressivos, artrite, que vivem sozinhos e que tenham sofrido quedas anteriormente têm maior risco a recorrências<sup>(18-20)</sup>.

Entretanto, os registros estudados em ambos os contextos geralmente não documentam as características da queda e circunstancias sociais, variáveis que são de grande importância para abordar a queda de forma adequada<sup>(21)</sup>.

A fase qualitativa do estudo também ressalta que o enfoque preventivo em idosos é abordado exclusivamente pela enfermagem. Em ambos os contextos, alguns profissionais de saúde não percebiam a abordagem do risco de queda como uma prevenção primária e prioritária, enfocando exclusivamente no tratamento da consequência da queda<sup>(22)</sup>. Neste sentido, os registros de enfermagem relacionados com o diagnóstico e intervenções foram muito escassos, evidenciando uma falta de sensibilização e conscientização da queda<sup>(23)</sup>. Esta circunstância está de acordo com séries similares realizadas em âmbito hospitalar, em que a prevalência do diagnóstico risco de queda era de 4%<sup>(24)</sup>. Por outra lado, um estudo realizado por este grupo de pesquisa<sup>(7)</sup> destaca a falta de cultura de registro a nível do profissional de saúde e da própria instituição, podendo esta circunstância estar associada à própria cultura ibérica. Por conseguinte, o desenvolvimento de estudos contemplando o fator cultural na abordagem do risco de queda em idosos é necessário em estudos futuros.

A triangulação dos dados permitiu identificar vários problemas que devem ser abordados pelos centros de atenção primária para poder desenvolver medidas preventivas apropriadas, e, portanto, assegurar a segurança do paciente. Em uma sociedade tecnológica como a atual, é necessário desenvolver sistemas de registro de fácil manejo e acessíveis<sup>(24)</sup>. Ademais, também os problemas com a organização dos serviços (falta de recursos humanos, sobrecarga de trabalho, inexistência de protocolos, etc.) e de falta de sensibilização com a queda (falta de formação sobre a problemática, desvalorização, falta de conscientização, etc.), devem ser abordados

mediante sessões de sensibilização e formação dirigidas à toda equipe multidisciplinar.

Mesmo que o estudo evidencie a problemática na documentação de quedas e risco de queda em centros de atenção primária espanhóis e portugueses, os resultados devem ser considerados com cautela ao conduzir o estudo analítico dos registros de forma retrospectiva, sendo possível a perda de dados. Por outro lado, os dados obtidos na fase qualitativa são percepções subjetivas dos profissionais de saúde, ou seja, em certas ocasiões eles nem sempre podem expressar sua opinião<sup>(25)</sup>. Não obstante, a saturação dos dados e triangulação diminuem a possibilidade de viés nos resultados obtidos.

## Conclusões

As quedas em idosos que vivem na comunidade são percebidas pelos profissionais de saúde espanhóis e portugueses como uma área de atenção prioritária. Entretanto, a avaliação do risco de queda não é geralmente considerada, como sendo consequência de fatores organizacionais, logísticos e motivacionais.

Os problemas identificados emergem em uma considerável falta de adesão ao registro, percebida de maneira similar em dos âmbitos diferenciados da Península Ibérica. Neste sentido, o fator cultural pode ser a variável comum à falta de registro do risco de queda e das circunstancias da queda.

Considerando a natureza de nosso estudo, é necessário tomar medidas de conscientização e sensibilização junto à equipe multidisciplinar dos centros de atenção primária mediante sessões formativas, assim como realizar modificações organizacionais centradas nos protocolos e sistemas informáticos de coleta de dados.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a assistência de todos os enfermeiros e médicos que participaram do estudo.

## Referências

1. Hester AL, Wei F. Falls in the community: state of the science. *Clin Interv Aging*. 2013;8:675-679. doi: 10.2147/CIA.S44996
2. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(5):664-72. doi: 10.1046/j.1452-5415.2001.49115.x
3. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database*

- Syst Rev. 2012;9:CD007146. doi: 10.1002/14651858.CD000340
4. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Eijk JT, van Rossum E, Stalenoef PA, Kempen GI. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing*. 2007;36(3):304-9. doi: 10.1093/ageing/afm021
  5. Kempen GI, van Haastregt JC, McKee KJ, Delbaere K, Zijlstra GA. Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health*. 2009;9:170. doi: 10.1186/1471-2458-9-170
  6. Loichinger E, Weber D. Trends in Working Life Expectancy in Europe. *J Aging Health*. 2016;28(7):1194-213. doi: 10.1177/0898264316656509
  7. López-Soto PJ, García-Arcos A, Fabbian F, Manfredini R, Rodríguez-Borrego MA. Falls Suffered by Elderly People From the Perspective of Health Care Personnel: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res*. 2017;1054773817705532. doi: 10.1177/1054773817705532
  8. Bardin L. Content analysis (5th Edition ed.). Lisboa: Editions 70; 2009.
  9. Garbutt J, Waterman AD, Kapp JM, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. Lost opportunities: how physicians communicate about medical errors. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(1):246-55. doi: 10.1377/hlthaff.27.1.246
  10. Wears RL, Janiak B, Moorhead JC, Kellermann AL, Yeh CS, Rice MM, et al. Human error in medicine: promise and pitfalls, part 1. *Ann Emerg Med*. 2000;36(1):58-60. doi:10.1067/mem.2000.aem36158
  11. Miller MR, Clark JS, Lehmann CU. Computer based medication error reporting: insights and implications. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(3):208-13. doi: 10.1136/qshc.2005.016733
  12. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(1):13-21. doi: 10.1046/j.1365-2753.1999.00147.x
  13. Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(1):5-12. doi: 10.1046/j.1365-2753.1999.00146.x
  14. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perception about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(6):339-45. doi: 10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
  15. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(2):92-9. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004405.
  16. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RA, Moreira MA, Nogueira JA, Tura LF. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2754. doi: 10.1590/1518-8345.0671.2754
  17. Greenberg MR, Kane BG, Totten VY, Raukar NP, Moore EC, Sanson T, et al. Injury due to mechanical falls: future directions in gender-specific surveillance, screening, and interventions in emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2014;21(12):1380-5. doi: 10.1111/acem.12523
  18. Pratt NL, Ramsay EN, Kalisch Ellett LM, Nguyen TA, Barratt JD, Roughead EE. Association between use of multiple psychoactive medicines and hospitalization for falls: retrospective analysis of a large healthcare claim database. *Drug Saf*. 2014;37(7):529-35. doi: 10.1007/s40264-014-0179-2
  19. Abbott J, Tomassen S, Lane L, Bishop K, Thomas N. Assessment for benign paroxysmal positional vertigo in medical patients admitted with falls in a district general hospital. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(4):335-8. doi: 10.7861/clinmedicine.16-4-335
  20. Ganança FF, Gazzola JM, Ganança CF, Caovilla HH, Ganança MM, Cruz OL. Elderly falls associated with benign paroxysmal positional vertigo. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):113-20. doi: 10.1590/S1808-86942010000100019.
  21. Nyman SR, Ballinger C, Phillips JE, Newton R. Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2013;13:125. doi: 10.1186/1471-2318-13-125
  22. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety and falls: a qualitative study of home care nurses in Norway. *Nurs Health Sci*. 2012;14(4):452-7. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x
  23. Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2):262-8. doi: 10.1590/0104-1169.3250.2411
  24. Choi J, Choi JE. Enhancing Patient Safety Using Clinical Nursing Data: A Pilot Study. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:103-7. doi: 10.3233/978-1-61499-658-3-103
  25. Wagner LM, Damianakis T, Pho L, Tourangeau A. Barriers and facilitators to communicating nursing errors in long-term care settings. *J Patient Saf*. 2013;9(1):1-7. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182699919

Recebido: 14.07.2017

Aceito: 07.10.2017

Correspondência:

Pablo Jesús López-Soto  
Maimónides Biomedical Research Institute of Córdoba (IMIBIC),  
Reina Sofía University Hospital. University of Córdoba  
Department of Nursing  
Avda. Menéndez Pidal s/n, Córdoba, España, 14004  
E-mail: pablo.lopez@imibic.org

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuíam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.