

COMO AVALIAR O RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS?

HOW TO EVALUATE THE RISK OF FALLS IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE?

¿COMO EVALUAR LOS RIESGOS DE CAÍDAS EN PERSONAS ANCIANAS INSTITUCIONALIZADAS?

Cristina Lavareda Baixinho¹
Rafael Alves Bernardes²
Maria Adriana Henriques³

Como citar este artigo: Baixinho CL, Bernardes RA, Henriques MA. Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? Rev baiana enferm. 2020;34:e34861.

Objetivo: identificar os instrumentos utilizados para avaliar o risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas. **Método:** Revisão Integrativa da Literatura, realizada entre abril e julho de 2018, conforme protocolo pré-definido, com definição de critérios de elegibilidade para 18 estudos da amostra bibliográfica, para resposta à questão “Quais os instrumentos de avaliação usados para determinar o risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas?” **Resultados:** os estudos utilizam instrumentos diferentes, isolados ou em conjugação, para determinar o risco de queda. Identificaram-se escalas específicas para avaliar o risco (*Easy-Care risk of the Falls*, *St. Thomas Risk Assessment Tool*, a Escala de *Downton*, entre outras), testes de avaliação funcional e testes de avaliação do estado mental. **Conclusão:** os instrumentos mais usados para a avaliação do risco de queda nos idosos institucionalizados são o *Timed Up and Go Test* e o *Performance-Oriented Mobility Assessment*, em associação com a pergunta “Caiu nos últimos 12 meses?”

Descritores: Acidentes por Quedas. Idosos. Avaliação em Enfermagem. Risco.

Objective: to identify the instruments used to assess the risk of falls in institutionalized elderly people. Method: Integrative Literature Review, between April and July 2018. Following a pre-defined protocol, with predefined eligibility criteria for the 18 that composed the bibliographic sample. The aim was to answer the question “What are the assessment instruments used to determine the risk of falls in institutionalized elderly people?” Results: the studies use different instruments, isolated or in combination, to determine the risk of falling. Specific scales were to evaluate risk were identified (Easy-Care risk of the Falls, St. Thomas Risk Assessment Tool, Downton Scale, among others), as were scales to assess functional and mental state. Conclusion: the most used instruments for assessing the risk of falling in institutionalized elders are the Timed Up and Go Test and the Performance-Oriented Mobility Assessment, in association with the question “Did you fall in the last 12 months?”

Keywords: Accidental Falls. Aged. Nursing Assessment. Risk.

Objetivo: identificar los instrumentos utilizados para evaluar el riesgo de caídas en personas ancianas institucionalizadas. Método: revisión integrativa de la literatura, hecha entre abril y julio de 2018, según un protocolo predefinido, incluyendo la definición de criterios de elegibilidad para 18 estudios de la muestra bibliográfica,

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. crbaixinho@esel.pt. <http://orcid.org/0000-0001-7417-1732>.

² Enfermeiro. Pesquisador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal. <http://orcid.org/0000-0003-2110-7483>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal. <http://orcid.org/0000-0003-0288-6653>.

buscando responder a la cuestión “¿Cuáles son los instrumentos de evaluación utilizados para determinar el riesgo de caída en personas ancianas institucionalizadas?” Resultados: los estudios utilizan instrumentos diferentes, separados o agrupados, para determinar el riesgo de caída. Se identificó escalas específicas para evaluar el riesgo (Easy-Care risk of the Falls, St. Thomas Risk Assessment Tool, a Escala de Downton, entre otras), testes de evaluación funcional y testes de evaluación del estado mental. Conclusión: los instrumentos más utilizados para la evaluación del riesgo de caída entre los ancianos institucionalizados son el Timed Up and Go Test y el Performance-Oriented Mobility Assessment, asociados a la pregunta “¿He caído en los últimos 12 meses?”

Descriptor: Accidentes por Caídas. Anciano. Evaluación en Enfermería. Riesgo.

Introdução

O aumento da população idosa implica na gestão de vários desafios importantes relacionados aos processos de saúde doença. A ocorrência de quedas⁽¹⁻²⁾, comum entre esta população, é definida como um evento não intencional, no qual há uma alteração na posição inicial da pessoa para um mesmo nível ou nível inferior^(1,3-4).

Esse evento adverso pode levar a várias complicações, nomeadamente à hospitalização, perda de funcionalidade e mesmo a morte^(2,3,5-6). Esse acidente é considerado uma síndrome geriátrica com impacto negativo na funcionalidade da pessoa idosa⁽⁷⁾, que, pela queda e/ou pelo medo de cair, impõe ou vê ser-lhe imposta um conjunto de intervenções que vão limitar a sua autonomia e a independência para o autocuidado^(2,8-11). O impacto, no âmbito da funcionalidade, é elevado, o que dificulta a prevenção e o processo de reabilitação, após um episódio de queda com fratura. Esse fenómeno é três vezes mais frequente nas instituições de longa permanência, comparado com a comunidade⁽⁷⁾.

Este problema tem tendência a agravar-se com o envelhecimento populacional, porque o risco e a prevalência aumentam com a idade. No grupo etário dos 65 anos, um terço cai, pelo menos, uma vez por ano; acima dos 85 anos, este percentual aumenta para 50%^(2,8).

A identificação dos idosos que têm alto risco de queda é o primeiro passo para ajudar os profissionais a definir intervenções para prevenir as quedas e as lesões associadas a estas^(7,9-11). É consensual que a decisão se um idoso está ou não em risco de cair deve ser baseada na evidência

científica, para poder-se associar as medidas certas, para as pessoas certas, no tempo certo^(7,9-11); todavia persiste um repto à prevenção que é o de prever a queda, nomeadamente aquela que é recorrente^(2,7,10-11).

Sendo a causa de queda multifatorial^(9,11), a determinação dos idosos em risco de cair torna-se complexa, tal como a construção de um instrumento fiável e eficaz, mas que simultaneamente seja simples e de rápido preenchimento^(2,11). Os resultados dos estudos anteriores têm colocado em questão alguns dos instrumentos usados nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Uma revisão da literatura, publicada em 2012, que pretendeu identificar e analisar instrumentos de avaliação de risco de queda nas pessoas idosas institucionalizadas, identificou algumas escalas, mas somente a escala de Morse e a *St Thomas's Risk Assessment Tool* (STRATIFY Tool) foram validadas em dois ou mais coortes. Esse estudo concluiu ainda que os indicadores incluídos na maioria das escalas não avaliam o risco de queda nos idosos institucionalizados, não conseguindo melhores resultados na identificação dos idosos que vão cair, do que a simples questão “o residente caiu nos últimos 12 meses?”

Um dos problemas dos instrumentos atualmente utilizados é a falta de sensibilidade e especificidade, o que pode condicionar um diagnóstico correto. Além disso, a avaliação do risco é grandemente dificultada dado a queda ser um fenómeno complexo e multifatorial, o que pode tornar os instrumentos de avaliação do risco ineficazes para a determinação do risco individual^(2,11-12).

Face ao exposto, o objetivo deste estudo é identificar os instrumentos utilizados para avaliar o risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas.

Método

Trata-se de estudo secundário que teve por método a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que seguiu um protocolo pré-definido compreendendo seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹³⁾.

Esta pesquisa foi orientada pela seguinte questão de investigação, formulada em consonância com a mnemônica PI[C]O: “Quais os instrumentos de avaliação usados para determinar o risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas?”⁽¹⁴⁾.

Após a definição da pergunta de investigação e com a finalidade de estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, a interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados, foram definidos os critérios de elegibilidade dos estudos primários: estudos primários que utilizem um ou vários instrumentos de avaliação do risco de queda (isoladamente ou em conjunto com outros instrumentos); idosos (≥ 65 anos); pessoas idosas em contexto de institucionalização; artigos publicados em português, inglês ou espanhol; e artigos disponíveis em texto integral (*fulltext*). Como critérios de exclusão: instrumentos de avaliação do risco pós-queda; estudos com idosos hospitalizados e/ou na comunidade.

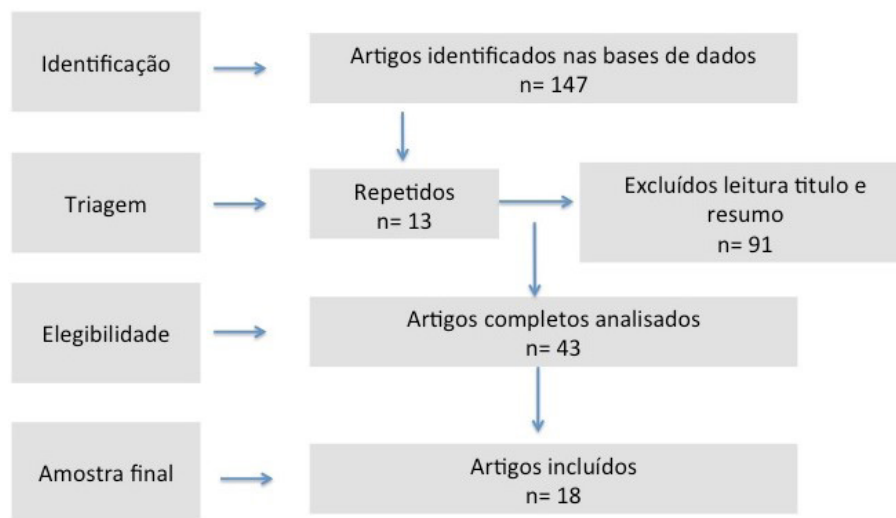
Para aumentar a validade desta RIL apenas foram incluídos os estudos primários que apresentavam de modo inequívoco os objetivos, o(s) instrumento(s) de avaliação do risco de queda (escalas, testes funcionais, entre outros), com discriminação da sua fidelidade e validade, independentemente de terem por finalidade a avaliação do instrumento em si ou a avaliação de programas de prevenção de quedas, em que uma das variáveis tenha sido a utilização do instrumento e sua avaliação.

Os descritores usados em português, espanhol e inglês e em associações (AND e OR) foram: *fall risk assessment measures, fall risk assessment tool, prediction of falls risk, risk of falling, geriatric, elderly, older people, nursing home, institutionalization*. Para a seleção dos descritores contribuiu a análise da literatura efetuada na primeira etapa.

A pesquisa foi efetuada nos meses de abril a julho de 2018, nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO, B-On, SCOPUS, ISI e JBI. O limite temporal estabelecido para a seleção dos artigos foi de 2013 a 2018.

Identificaram-se 147 artigos que respeitavam os critérios de elegibilidade. A leitura e a análise do título e do resumo possibilitaram de imediato eliminar 13 estudos repetidos, obtidos em bases de dados diferentes. Após a leitura e análise do resumo foram selecionados 43 estudos e após a análise do texto integral resultaram 18 artigos. Todo o processo de seleção foi baseado no Prisma (Figura 1).

Foram eliminados da amostra os estudos que utilizavam instrumentos adaptados e que não referiam as alterações introduzidas, por não permitirem a sua análise.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa

Fonte: Elaboração própria.

Resultados

A amostra bibliográfica final ficou constituída por 18 estudos (E) primários (Quadro 1), publicados de 2013 a 2018 [2013 (1E); 2014 (2E); 2015 (4E); 2016 (7E); 2017 (2E); 2018 (2E)]. Embora a maioria dos estudos tenha sido realizada

na Europa (12E), constata-se que a disparidade geográfica é acentuada: dois são espanhóis⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, dois suecos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, um belga⁽⁸⁾, um português⁽¹¹⁾, um alemão⁽¹⁹⁾, um escocês⁽²⁰⁾, um italiano⁽²¹⁾, um holandês⁽²²⁾, um sérvio⁽²³⁾, e um polaco⁽²⁴⁾. Os outros estudos foram realizados na China⁽²⁵⁾, no Irã⁽⁹⁾, na Turquia⁽²⁶⁻²⁷⁾, nas Filipinas⁽²⁸⁾ e Canadá⁽²⁹⁾.

Quadro 1 – Estudos constituintes da amostra bibliográfica com identificação dos autores, ano de publicação, número e tipo de instrumento de avaliação do risco de queda. Lisboa, Portugal – 2018 (continua)

Estudos primários (autor e ano de publicação)	Escala de avaliação risco de queda	Teste funcional	Avaliação do estado mental	Outro
Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. (2015) ⁸		X(2)		
Sharifi F, Fakhrzadeh H, Memari A, Najafi B, Nazari N, Khoee MA, et al. (2015) ⁹	X(1)*	X(1)*	X(2)*	
Baixinho CL, Dixe MA. (2017) ¹¹				X(1)*
Aranda-Gallardo M, Luna-Rodriguez ME, Canca-Sanchez JC, Moya-Suarez AB, Morales-Asencio JM. (2015) ¹⁵	X(2)*			
Barbosa FA, Del Pozo-Cruz B, Del Pozo-Cruz J, Alfonso-Rosa RM, Corrales BS, Rogers ME. (2016) ¹⁶		X(2)*		X(3)*
Hallgren M, Herring MP, Owen N, Dunstan D, Ekblom Ö, Helgadottir D, et al. (2016) ¹⁷	X(1)*		X(2)*	X(2)*
Lannering C, Ernsth Bravell M, Midlöv P, Östgren J, Mölsted S. (2016) ¹⁸	X(1)*			X(2)*

Quadro 1 – Estudos constituintes da amostra bibliográfica com identificação dos autores, ano de publicação, número e tipo de instrumento de avaliação do risco de queda. Lisboa, Portugal – 2018 (conclusão)

Estudos primários (autor e ano de publicação)	Escala de avaliação risco de queda	Teste funcional	Avaliação do estado mental	Outro
Gietzel M, Feldwieser F, Gövercin M, Steinhagen-Thiessen E, Marscholke M. (2014) ¹⁹	X(1)*	X(4)*	X(1)*	
Cooper R. (2017) ²⁰	X(1)*			X(1)*
Landi F, Dell'Aquila G, Collamati A, Martone AM, Zuliani G, Gasperini B, et al. (2014) ²¹				X(2)*
Vermeulen J, Neyens JC, Spreeuwenberg MD, van Rossum E, Boessen AB, Sipers W, et al. (2015) ²²		X(1)*		X(2)*
Kocic M, Stojanovic Z, Lazovic M, Nikolic D, Zivkovic V, Milenkovic M, et al. (2016) ²³		X(5)*		X(1)*
Borowicz A, Zasadzka E, Gaczkowska A, Gawłowska O, Pawlaczyk M. (2016) ²⁴		X(5)*	X(1)*	
Jiang XY, Chen Y, Yang ML, Zhu XL. (2016) ⁽²⁵⁾			X(1)*	X(1)*
Yardimci B, Aran SN, Ozkaya I, Aksoy SM, Demir T, Tezcan G, et al. (2016) ²⁶		X(3)*	X(2)*	X(1)*
Baran L, Gunes U. (2018) ²⁷	X(3)*			
Guzman AB, Ines JLC, Inofinada NJA, Ituralde NLJ, Janolo JRE, Jerezo JL, et al. (2013) ²⁸	X(1)*	X(1)*		X(2)*
Cameron EJ, Bowles SK, Marshall EG, Andrew MK. (2018) ²⁹			X(2)*	X(3)*

Fonte: Elaboração própria.

X - Tipo de instrumento.

* - Número de instrumentos utilizados no estudo.

A observação detalhada do Quadro 1 possibilita determinar que os investigadores utilizaram instrumentos de avaliação do risco de diferentes naturezas, desde escalas a testes de avaliação funcional, a escalas e testes de avaliação do estado mental, a *check-lists* com os fatores de risco, entre outros.

Somente dois estudos determinaram o risco de queda com recurso exclusivamente a escalas para o efeito^(15,27). Constatou-se ainda que os outros seis estudos que utilizaram uma escala de avaliação do risco o fizeram em associação com outros instrumentos para determinar quais idosos estão mais suscetíveis a cair.

A análise de conteúdo dos artigos permitiu identificar as escalas utilizadas: a *Easy-Care risk of the Falls* (ECRF)⁽⁹⁾; a *St. Thomas Risk Assessment Tool*^(15,19), a Escala de Downton^(15,17-19), a *Falls Risk Assessment in the Elderly* (FRASE)⁽²⁰⁾, a *Morse Falls Scale* (MFS)⁽²⁷⁻²⁸⁾; a *Fall Risk Assessment* (FRA)⁽²⁷⁾ e a *Hendrich Fall Risk Model-II* (HFRM-II)⁽²⁷⁾.

Dos testes de avaliação funcional, utilizados isoladamente ou em combinação, destacam-se o *Performance-Oriented Mobility Assessment* (POMA)^(8-9,19,24), o *Timed Up and Go Test* (TUGT)^(16,23-24,28), o *Berg Balance Test* (BBS)⁽²³⁻²⁴⁾, a Escala de Barthel^(19,24), o *One-Legged Stance Test* (OLST)⁽²⁴⁾

e a Medida de Independência Funcional (MIF)⁽²³⁾. Salienta-se que estes testes de avaliação funcional focam-se essencialmente na avaliação da marcha (capacidade, qualidade e tempo) e do equilíbrio (estático e dinâmico).

Os instrumentos de avaliação do estado mental mais utilizados são o *Geriatric Depression Scale*^(9,26), e o *Mini-Mental State Examination* (MMSE)^(17,24,26).

Destacam-se ainda outros instrumentos utilizados, como a *Falls Efficacy Scale* (FES) e as suas variantes^(23,25,28), a avaliação de qualidade de vida⁽¹⁶⁾, e a escala de avaliação das práticas e comportamentos dos idosos institucionalizados para prevenir quedas⁽¹¹⁾, os quais ajudam a associar os indicadores e/ou o escore total ao risco, à prevalência e/ou à recorrência de queda.

Não foi possível identificar, com a informação acessível nos artigos, o tempo médio de preenchimento dos instrumentos utilizados nos diferentes estudos. A experiência dos autores deste estudo permite estimar, face aos instrumentos utilizados, o tempo médio despendido na colheita de dados. Uma escala de avaliação do risco de queda pode ir de um a vários minutos, em associação com alguns testes de avaliação funcional que demoram tempo para serem executados pelos idosos. Em alguns estudos, o tempo para determinar o risco de queda pode ter chegado a 90 minutos⁽²⁾.

Discussão

Após a análise dos resultados, é possível identificar vários instrumentos de avaliação do risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas. De forma geral, a tipologia mais utilizada são as escalas de avaliação de risco, os testes de avaliação funcional, os instrumentos de avaliação do estado mental e os instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Entretanto, o tipo de estudo também é diverso, bem como os parâmetros de medida, e apenas em alguns foi realizada a avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos.

A heterogeneidade dos estudos manifesta-se ainda nas diferenças das amostras, com relação

à idade, pois alguns avaliam o risco em idosos com idade igual ou superior a 65 anos^(11,26) e outros, em pessoas com idade superior a 80 anos⁽¹⁶⁾ e de funcionalidade.

As escalas de avaliação do risco de queda utilizadas não foram construídas especificamente para a população idosa institucionalizada, embora sejam utilizadas com frequência para avaliar o risco de queda desses idosos. A falta de dados na metodologia e nos resultados dos estudos não possibilita clarificar se os autores validaram as escalas, ou se utilizaram a versão das escalas validadas para a população específica em estudo – idosos em contexto de institucionalização.

As escalas utilizadas foram construídas e validadas para contextos diferentes, sobretudo em ambiente hospitalar. Um estudo recente, que pretendeu avaliar as propriedades psicométricas de algumas escalas na população idosa institucionalizada, concluiu que a FRA possui uma forte sensibilidade, a MFS uma boa especificidade, referindo que a HFRM-II não deve ser usada para determinar o risco de queda em residentes em ILPI⁽²⁷⁾. A ECRF demonstra valor preditivo para a ocorrência de queda nos seis meses seguintes à institucionalização, para residentes em instituições para idosos⁽⁹⁾.

Uma pesquisa que avaliou as características de 4 escalas, comumente utilizadas em ILPI na Austrália, concluiu que 40% dos itens incluídos não avaliam o risco de queda em idosos institucionalizados⁽³⁰⁾. Na STRATIFY Tool, 3 dos 5 itens não são preditivos de queda e, na escala de Downton (usada em muitos estudos sobre quedas em ILPI), 7 dos seus 13 itens também não predizem a ocorrência de queda nos idosos institucionalizados^(2,12,30).

Muitos dos instrumentos de avaliação apresentam falta de sensibilidade e especificidade e classificam, por excesso ou por defeito, as pessoas em risco de queda^(2,12). Os instrumentos de avaliação do risco têm falta de especificidade em relação aos fatores de risco individuais, acabando por identificar falsos resultados preditores, quer por sob ou por sobrevalorização, não permitindo com valor de erro aceitável,

considerá-los⁽³⁰⁾. Quando um idoso é identificado com alto risco de queda, o “quando”, “onde” e o “porque” desse valor de risco não é explícito, nem possível de identificar por meio do instrumento utilizado. Os instrumentos que avaliam o risco de queda só serão úteis se permitirem identificar os determinantes de queda, sobre os quais possa haver alguma ação que venha a minimizá-la, mediante redução do risco^(2,5,7).

A avaliação do risco é dificultada pela permuta entre o que é risco e consequência. Há casos em que o determinante de queda muda devido ao próprio evento, por exemplo, os sintomas depressivos podem ser um fator de risco, mas após a queda, podem surgir como uma consequência dela^(2,30).

É consensual que a primeira avaliação deve ser efetuada nas primeiras 24 a 48 horas após a admissão numa ILPI e sempre que ocorra um episódio de queda^(2,6,18,31). A evidência demonstra que há diferenças na interpretação, no preenchimento e no momento da aplicação dos instrumentos⁽¹⁸⁾, o que condiciona a interpretação dessa avaliação e dificulta a comparação dos resultados de diferentes estudos e a extração de conclusões que permitam extrapolações externas aos diferentes estudos. Nos estudos incluídos nesta revisão não é possível determinar o momento da avaliação do risco de queda.

Quanto ao modo como é avaliada a funcionalidade, também se identifica uma grande diversidade nos instrumentos de avaliação utilizados. A Sociedade Americana de Geriatria e a NICE Guidelines^(2,31), recomendam o recurso ao TUGT como ferramenta simples para identificar alterações de equilíbrio. Estudos demonstraram que esse teste pode discriminar os idosos entre os que caem ou os que não caem e que uma demora superior a 12,6 segundos para realizar o teste revela dificuldades funcionais na marcha e/ou equilíbrio e um risco acrescido de queda⁽³²⁾.

Um estudo realizado na comunidade, com a utilização de três questões: “Você caiu nos últimos 6 meses?”, “Você acha que pode cair nos próximos meses?” e “Qual é a probabilidade de você cair nos próximos meses?”, concluiu que a autoavaliação do risco de queda tem um forte

valor preditivo para a incidência de quedas subsequentes. A pergunta sobre a ocorrência de quedas nos últimos 6 meses mostrou uma boa validade para a ocorrência de múltiplas quedas no período de um ano⁽³³⁾.

Nesta revisão, sete estudos utilizam um ou dois instrumentos de avaliação do estado mental^(9,17,19,24-26,29). Esses instrumentos podem ser preditores do risco de queda para a ocorrência e até para a gravidade das lesões, dado que existe uma associação entre o acréscimo do risco e o estado mental. O risco de queda aumenta 5% em cada ponto a menos no MMSE o que justifica a introdução de intervenções para prevenir o declínio cognitivo de quem tem um MMSE < 24^(2,34).

A utilização de múltiplos instrumentos pode dificultar a sua aplicação na clínica, devido à demora média da sua aplicação. A avaliação do risco deve constituir-se um processo breve e simples, que permita identificar quem tem risco de cair e classificar as pessoas como baixo ou alto risco de queda. Essa avaliação é mais complexa e difícil nas ERPI do que nos hospitais^(2,12,30-31).

Não obstante as recomendações para a avaliação do risco de queda nas instituições para idosos, esta não é uma realidade. Os resultados de pesquisa com equipas de ILPI concluiu que os profissionais estão familiarizados com os instrumentos de avaliação geriátrica, mas consideram que do ponto de vista do cuidado preventivo, a sua utilização não se adequa à realidade dos residentes⁽¹⁸⁾, e esta subvalorização da sua capacidade para a prevenção pode contribuir para a sua não utilização ou utilização inadequada.

Importa referir que a intervenção na equipa é essencial para promover uma adequada gestão do risco de queda e, em concreto, uma avaliação rigorosa do risco, com recurso a instrumentos validados⁽³⁵⁾. A intervenção na equipa deve seguir os cinco domínios do *Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPPS[®]): formação da equipa, comunicação, liderança, monitorização e suporte mútuo⁽³⁵⁾.

Em Portugal, não se identificam estudos que tenham validado instrumentos para a avaliação

do risco de queda em pessoas idosas institucionalizadas. A utilização de instrumentos não específicos para determinado contexto não permite fazer a avaliação do risco de quedas dessas pessoas.

Uma revisão integrativa da literatura recente sobre os instrumentos de avaliação do risco de queda nas pessoas adultas hospitalizadas adverte para a especial preocupação das escalas serem produzidas para a especificidade dos contextos. Os autores ilustram a sua preocupação com aspectos relacionados com a organização do sistema de saúde nacional, a diversidade de categorias profissionais que compõe a equipe de enfermagem, e que divergem dos países em que as escalas foram desenvolvidas, e que esse fato pode impactar na forma como são aplicados a avaliação e os cuidados de enfermagem que buscam a prevenção de quedas⁽³⁶⁾.

Outro aspecto que pode influenciar é o momento da primeira avaliação do risco após a institucionalização, porque há um risco aumentado de queda nos primeiros cinco dias após admissão na ILPI⁽³⁷⁾. Ressalta-se que nenhum dos instrumentos identificados tem este fator de risco em conta, o que pode dificultar a determinação do risco nos primeiros dias na instituição.

Tal como as escalas utilizadas em meio hospitalar, observa-se que os principais indicadores estão relacionados com a mobilidade, o estado mental, a incontinência, a polimedicação e a história prévia de quedas^(9,15,17,19-20,27-28,36-37).

As limitações deste estudo são decorrentes da heterogeneidade dos instrumentos de avaliação do risco de queda e dos elementos das amostras dos diferentes estudos. A pesquisa incluiu estudos em português, espanhol e inglês, não identificando estudos publicados em outras línguas e não tendo sido incluída literatura cinzenta. Dessa forma, pode-se ter perdido alguns estudos de mestrado e doutoramento com desenho e/ ou validação de instrumentos para o contexto em estudo.

Conclusão

Este estudo permite concluir que a maioria dos estudos identificados avalia o risco de queda,

utilizando pelo menos dois instrumentos de avaliação.

Dos 18 estudos que constituem a amostra bibliográfica, foi possível concluir que os instrumentos mais utilizados para avaliação do risco de queda em ILPI, são a *Easy-Care risk of the Falls*, a *St. Thomas Risk Assessment Tool*, a Escala de Downton, a *Falls Risk Assessment in the Elderly*, a *Morse Falls Scale*, a *Fall Risk Assessment* e a *Hendrich Fall Risk Model-II*, enquanto escalas de avaliação/predição de queda e a *Performance-Oriented Mobility Assessment*, o *Timed Up and Go Test*, o *Berg Balance Test*, a Escala de Barthel, o *One-Legged Stance Test* e a Medida de Independência Funcional, enquanto testes de avaliação funcional.

Os instrumentos mais utilizados para a avaliação do risco de queda nos idosos institucionalizados são o TUGT e o POMA. Além disso, o MMSE permite identificar idosos com declínio cognitivo, e associar este dado ao risco de queda.

Por outro lado, a questão “caiu nos últimos 12 meses?” tem também um forte valor preditivo para a ocorrência de novos episódios.

Considera-se fundamental para a investigação futura, a construção e validação de escalas de avaliação do risco de queda específicas para o contexto de ILPI.

Colaborações

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Cristina Lavareda Baixinho e Rafael Alves Bernardes;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cristina Lavareda Baixinho, Rafael Alves Bernardes e Maria Adriana Henriques;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Cristina Lavareda Baixinho, Rafael Alves Bernardes e Maria Adriana Henriques.

Referências

1. Alshammari SA, Alhassan AM, Aldawsai MA, Bazuhair FO, Alotaibi FK, Aldakhil AA, et al. Falls among elderly and its relation with their Health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. *J Family Community Med.*

- 2018 Jan-Apr;25(1):29-34. DOI: 10.4103/jfcm.JFCM_48_17
2. Bernardes R, Baixinho CL, Henriques MA. Instrumentos de avaliação do risco de queda em idosos institucionalizados–Revisão Integrativa da Literatura. In: Costa AP, Sá SO, Castro P, Souza DN, editores. Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 8, 2019, Lisboa, Portugal. Atas. Oliveira de Azeméis: Ludomedia; 2019, p. 1487-96 [cited 2019 Mar 5]. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2333/2245>
 3. World Health Organization. WHO Global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2019 Mar 5]. Available from: <https://scholar.google.com/r?q=World+Health+Organization.+Ageing,+Life+Course+Unit.+WHO+Global+Report+on+Falls+Prevention+in+Older+Age+Geneva+World+Health+Organization+2008>
 4. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. Falls in elderly: basics concepts and updates of research in health. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 12];17(1):201-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>
 5. Bilik O, Damar HT, Karayurt O. Fall behaviors and risk factors among elderly patients with hip fractures. Acta paul enferm. 2017;30(4):420-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700062>
 6. Centers for Disease Control and Prevention. Important Facts about Falls [Internet]. Atlanta; 2016 [cited 2019 Nov 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>
 7. Walker GM, Armstrong S, Gordon AL, Gladman J, Robertson K, Ward M, et al. The Falls In Care Home study: a feasibility randomized controlled trial of the use of a risk assessment and decision support tool to prevent falls in care homes. Clin Rehabil. 2016 Oct;30(10):972-83. DOI: 10.1177/0269215515604672
 8. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. Arch Public Health. 2015 Apr 10;73(1):19. DOI:10.1186/s13690-015-0068-x
 9. Sharifi F, Fakhrzadeh H, Memari A, Najafi B, Nazari N, Khoee MA, et al. Predicting risk of the fall among aged adult residents of a nursing home. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Sep-Oct;61(2):124-30. DOI: 10.1016/j.archger.2015.06.014
 10. Davis DH, Muniz-Terrera G, Keage HA, Stephan BC, Fleming J, Ince PG, et al. Association of Delirium With Cognitive Decline in Late Life: A Neuropathologic Study of 3 Population-Based Cohort Studies. JAMA Psychiatry. 2017 Mar 1;74(3):244-51. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3423
 11. Baixinho CL, Dixe MA. ¿Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? Index Enferm [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Nov 23];26(4):255-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300004
 12. Baixinho CL, Dixe MA. Instrumentos de Avaliação do Risco de Queda na População Idosa–Revisão Sistemática de Literatura. Int J Develop Educ Psych. 2012;1(4):383-91.
 13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
 14. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care [Internet]. York: University of York; 2009 [cited 2019 Mar 10]. Available from: https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
 15. Aranda-Gallardo M, Luna-Rodriguez ME, Canca-Sanchez JC, Moya-Suarez AB, Morales-Asencio JM. Validation of the STRATIFY falls risk-assessment tool for acute-care hospital patients and nursing home residents: study protocol. J Adv Nurs. 2015 Aug;71(8):1948-57. DOI: 10.1111/jan.12651
 16. Barbosa FA, Del Pozo-Cruz B, Del Pozo-Cruz J, Alfonso-Rosa RM, Corrales BS, Rogers ME. Factors Associated with the Risk of Falls of Nursing Home Residents Aged 80 or Older. Rehabil Nurs. 2016 Jan-Feb;41(1):16-25. DOI: 10.1002/rnj.229
 17. Hallgren M, Herring MP, Owen N, Dunstan D, Ekblom Ö, Helgadottir D, et al. Exercise, Physical Activity, and Sedentary Behavior in the Treatment of Depression: Broadening the Scientific Perspectives and Clinical Opportunities. Front Psychiatry. 2016 Mar;7:36. DOI:10.3389/fpsy.2016.00036
 18. Lannering C, Ernsth Bravell M, Midlöv P, Östgren CJ, Mölstad S. Factors related to falls, weight-loss and pressure ulcers--more insight in risk assessment among nursing home residents. J Clin Nurs. 2016 Apr;25(7-8):940-50. DOI: 10.1111/jocn.13154

19. Gietzel M, Feldwieser F, Gövercin M, Steinhagen-Thiessen E, Marschollek M. A prospective field study for sensor-based identification of fall risk in older e with dementia. *Inform Health Soc Care*. 2014 Sep-Dec;39(3-4):249-61. DOI: 10.3109/17538157.2014.931851
20. Cooper R. Reducing falls in a care home. *BMJ Open Quality*. 2017 Mar;6(1):u214186.w5626. DOI:10.1136/bmjquality. u214186.w5626
21. Landi F, Dell'Aquila G, Collamati A, Martone AM, Zuliani G, Gasperini B, et al. Anticholinergic drug use and negative outcomes among the frail elderly population living in a nursing home. *J Am Med Dir Assoc*. 2014 Nov;15(11):825-9. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.08.002
22. Vermeulen J, Neyens JC, Spreeuwenberg MD, van Rossun E, Boessen AB, Sipers W, et al. The relationship between balance measured with a modified bathroom scale and falls and disability in older adults: a 6-month follow-up study. *J Med Internet Res*. 2015 May;17(5):e131. DOI: 10.2196/jmir.3802
23. Kocic M, Stojanovic Z, Lazovic M, Nikolic D, Zivkovic V, Milenkovic M, et al. Relationship between fear of falling and functional status in nursing home residents aged older than 65 years. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 Oct;17(10):1470-6. DOI:10.1111/ggi.12897
24. Borowicz A, Zasadzka E, Gaczkowska A, Gawłowska O, Pawlaczyk M. Assessing gait and balance impairment in elderly residents of nursing homes. *J Phys Ther Sci*. 2016 Sep;28(9):2486-90. DOI: 10.1589/jpts.28.2486
25. Jiang XY, Chen Y, Yang ML, Zhu XL. Predictors of Falls Efficacy Scale responses among nursing home residents in China. *Int J Nurs Sciences*. 2016 Mar;3(1):24-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.02.012>
26. Yardimci B, Aran SN, Ozkaya I, Aksoy SM, Demir T, Tezcan G, et al. The role of geriatric assessment tests and anthropometric measurements in identifying the risk of falls in elderly nursing home residents. *Saudi Med J*. 2016 Oct;37(10):1101-8. DOI: 10.15537/smj.2016.10.15205
27. Baran L, Gunes U. Predictive Validity of Three Fall Risk Assessment Tools in Nursing Home Residents in Turkey: A Comparison of the Psychometric Properties. *Int J Car Scienc [Internet]*. 2018 Jan-Apr [cited 2019 Apr 21];11(1):36-44. Available from: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5_baran_original_11_1.pdf
28. Guzman AB, Ines JLC, Inofinada NJA, Ituralde NLJ, Janolo JRE, Jerezo JL, et al. Nutrition, Balance and Fear of Falling as Predictors of Risk for Falls Among Filipino Elderly in Nursing Homes: A Structural Equation Model (SEM). *Educ Gerontology*. 2013 Apr;39(6):441-53. DOI: 10.1080/03601277.2012.661337
29. Cameron EJ, Bowles SK, Marshall EG, Andrew MK. Falls and long-term care: a report from the care by design observational cohort study. *BMC Fam Pract*. 2018 May;19(1):73. DOI:10.1186/s12875-018-0741-6
30. Barker AL, Nitz JC, Choy NLL, Haines T. Measuring fall risk and predicting who will fall: clinimetric properties of four fall risk assessment tools for residential aged care. *J Gerontol A Biol Sci Med*. 2009 Aug;64(8):916-24. DOI: 10.1093/gerona/glp041
31. National Institute for Health and Care Excellence. Assessment and prevention of falls in older people [Internet]. Manchester: NICE; 2013 Jun [cited 2019 Nov 23]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>
32. Kojima G, Masud T, Kendrick D, Morris R, Gawler S, Treml J, et al. Does the timed up and go test predict future falls among British community-dwelling older people? Prospective cohort study nested within a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015 Apr 3;15:38. DOI: 10.1186/s12877-015-0039-7
33. Rodríguez-Molinero A, Galvez-Barrón C, Narvaiza L, Miñarro A, Ruiz J, Valldosera E, et al. A two-question tool to assess the risk of repeated falls in the elderly. *PLoS ONE*. 2017 May;12(5):e0176703. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176703>
34. Whitney J, Close JCT, Lord SR, Jackson SHD. Identification of high risk fallers among older people living in residential care facilities: a simple screen based on easily collectable measures. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Nov-Dec;55(3):690-5. DOI: 10.1016/j.archger.2012.05.010
35. Cunha LFC, Baixinho CL, Henriques MA. Preventing falls in hospitalized elderly: design and validation of a team intervention. *Rev esc enferm USP*. 2019;53:e3479. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018031803479>

36. Andrade D, Oliveira RA, Turrini RNT, Poveda VB. Fall risk evaluation scales: an integrative literature review. *Rev baiana enferm.* 2019;33:e27981. DOI:10.18471/rbe.v33.27981
37. Baixinho CRSL, Dixe MACR, Henriques MAP. Queda nas Instituições de Longa Permanência

para Idosos: validação de protocolo. *Rev Bras Enferm.* 2017 Aug;70(4):740-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>

Recebido: 13 de dezembro de 2019

Aprovado: 2 de março de 2020

Publicado: 9 de abril de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.