UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS DOMICILIARES ENTRE IDOSOS EM UM BAIRRO DE BELÉM.

DAIANE RODRIGUES DE OLIVEIRA
FÁBIA FREIRE GRUPPI
RENATA GONÇALVES RODRIGUES

BELÉM-PA
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS DOMICILIARES ENTRE IDOSOS EM UM BAIRRO DE BELÉM

Período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006

DAIANE RODRIGUES DE OLIVEIRA
FÁBIA FREIRE GRUPPI
RENATA GONÇALVES RODRIGUES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará
Orientadora: Prof. Carla Mércia Souza Dacier Lobato.

BELÉM-PA
2006

DAIANE RODRIGUES DE OLIVEIRA
FÁBIA FREIRE GRUPPI
RENATA GONÇALVES RODRIGUES

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS DOMICILIARES ENTRE IDOSOS EM UM BAIRRO DE BELÉM.

Período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará
Orientadora: Prof. Carla Mércia Souza Dacier Lobato.

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

Julgado em: ___/___/____.
Conceito:_____.

A Deus, minha luz e meu refúgio. Aos meus pais, tradução de amor e honestidade. À minha irmã, que crescendo juntas, compartilhamos todas as fases de nossas vidas, tornando-nos uma parte da outra. Ao Júnior, por seu amor e apoio. A minhas sobrinhas, pela alegria de tê-las em minha vida.

Fábia Gruppi

À Deus, força maior que rege minha vida, aos meus pais, Carmen e Edir, pela dedicação, carinho e amor de sempre. Às minhas irmãs Lorena e Maria Luíza, que me ensinaram a crescer como pessoa e me deram muitas alegrias. Ao Beto, que esteve ao meu lado em todos os momentos de dificuldade e me proporciona muita felicidade. Á minha família pelo apoio, acolhimento e carinho. Amo todos vocês!

Renata Rodrigues

Aos meus pais, pela compreensão de minha ausência em momentos importantes, pelo amor e dedicação. Aos meus irmãos pelo apoio, mesmo à distância. Ao meu sobrinho, Pedro Henrique por trazer alegrias para a minha vida. Ao Breno, meu amor e companheiro de todas as horas.

Daiane Oliveira

AGRADECIMENTOS

À Profa. Carla Mércia, por ter nos incentivado e direcionado para a concretização deste trabalho.

Aos idosos do bairro do Umarizal, por terem sido solícitos e prestativos, ao nos receber em seus lares.

À Lorena e à Michele pela colaboração relevante na realização deste trabalho.

Ao Osmar Junior, pela sua grande ajuda na finalização deste trabalho.

Para o ignorante, a velhice é o inverno da vida;
para o sábio, é a época da colheita.

Talmude.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a ocorrência dos fatores ambientais e os inerentes ao envelhecimento de risco para quedas em idosos, além do uso de medicamentos e das patologias específicas que contribuem para este evento, e suas conseqüências. O presente estudo apresenta caráter descritivo, observacional, tipo transversal. Os dados foram coletados a partir da aplicação de questionário a um grupo de 100 idosos, residentes no bairro do Umarizal (Belém-PA), com história de uma ou mais quedas domiciliares no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006. Tais idosos deveriam apresentar 60 anos ou mais no momento da queda, tendo sido enquadrados em três grupos etários: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais. A amostra estudada foi composta de 63% de idosos do sexo feminino e o evento queda mostrou-se mais freqüente na faixa etária de 60 a 69 anos. A redução da visão foi a alteração inerente ao envelhecimento mais encontrada, presente em 82% desta população, seguida de alteração da memória (54%) e de fraqueza muscular (50%). As patologias específicas mais observadas foram as relacionadas ao aparelho cardiovascular e ao neurológico, correspondendo a 42% e 25,7% das patologias pesquisadas. Os medicamentos mais utilizados pelos idosos entrevistados foram os anti-hipertensivos, representando 35,5% destes. No sexo masculino, verificou-se que 27% dos idosos faziam uso de polifarmácia, enquanto que a ausência do uso de medicamentos não foi observada entre estes. No sexo feminino, o uso de cinco ou mais medicamentos foi encontrado em 16% das participantes e 9,5% destas não faziam uso de qualquer medicamento. O fator de risco domiciliar para quedas entre os idosos mais freqüente foi a ausência de corrimãos em corredores e banheiros, correspondendo a 24,3% do total dos fatores ambientais investigados. Verificou-se ainda a presença de superfícies escorregadias e a má iluminação nestes domicílios, representando 16% e 10,7% deste grupo de fatores, respectivamente. As conseqüências pós-queda ocorreram em 57,1% dos indivíduos do sexo masculino e em 51,3% dos do sexo feminino. Destas, o declínio das atividades de vida diária foram as mais observadas seguidas pelas e fraturas e hospitalizações, correspondendo respectivamente a 34,2%, 27,8% e 20,2%. Verifica-se, portanto, a importância que deve ser atribuída à prevenção das quedas através de uma abordagem multidisciplinar de atenção ao idoso, focada no controle e modificação dos fatores de risco intrínsecos e ambientais potencialmente evitáveis.

Palavras-chave: queda, idosos, fatores de risco e conseqüências.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the occurrence of the ambient factors and the inherent ones to the aging of risk for falls in aged, beyond the use of medicines and the specific diseases that contribute for this event, e its consequences. The present study it presents descriptive character, observational, transversal type. The data had been collected from the application of questionnaire to a group of 100 aged ones, residents in the quarter of the Umarizal (Belém-Pará), with history of one or more falls domiciliary in the period of January of 2004 the January of 2006. Such aged ones would have to more present 60 years or at the moment of the fall, having been fit in three groups: 60 to 69 years, the 70 to 79 years and 80 years or more. The studied sample was composed of 63% of aged of the feminine sex and the event fall revealed more frequent in the band of age of 60 to 69 years. The reduction of the vision was the inherent alteration to the found aging more, gift in 82% of this population, followed of alteration of the memory (54%) and of muscular weakness (50%). The observed specific diseases more had been the related ones to the cardiovascular device and the neurological one, corresponding 42% and 25.7% of the searched diseases. The interviewed medicines more used by the aged ones had been the antihypertensives, representing 35.5% of these. In the masculine sex, it was verified that 27% of the aged ones made use of five or more medicines, whereas the absence of the medicine use was not observed between these. In the feminine sex, the five more medicine or use was found in 16% of the participants and 9.5% of these did not make use of any medicine. The factor of domiciliary risk for aged falls between the most frequent one was the absence of railings in corridors and bathrooms, corresponding 24.3% of the total of the investigated ambient factors. One still verified the presence of slippery surfaces and the bad illumination in these domiciles, representing 16% and 10.7% of this group of factors, respectively. The consequences after-fall had occurred in 57,1% of the individuals of the masculine sex and in 51,3% of the ones of the feminine sex. Of these, the decline of the activities of daily life had been observed followed for and the breakings and hospitalizations, corresponding 34.2% respectively, 27.8% and 20.2%. It is verified, therefore, the importance that must be attributed to the prevention of the falls through a boarding to multidiscipline of attention to the aged one, looking for the control and modification of the intrinsic and ambient factors of risk potentially you prevented.
Key-words: falls, elderly, risk factors and consequences.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES **10**

LISTA DE TABELAS **11**

1 INTRODUÇÃO **12**

1.1. OBJETIVO GERAL 12
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12

2 REVISÃO DA LITERATURA **14**

3 CASUÍSTICA E MÉTODO **23**

3.1 AMOSTRA 23
3.2. TIPO DE ESTUDO 23
3.3. PROCEDIMENTOS 23
3.4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS 25

4 RESULTADOS **26**

4.1. IDENTIFICAÇÃO 26
4.2 NÚMERO DE QUEDAS POR IDOSO 27
4.3 AS CONSEQÜÊNCIAS DAS QUEDAS 27
4.4 FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS 30
4.5 FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS – DOMICILIARES 36

5 DISCUSSÃO **40**

5.1 SEXO E IDADE 40
5.2. CONSEQUÊNCIAS 40
5.3 FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS 41
5.4. FATORES EXTRÍNSECOS – DOMICILIARES 44

6 CONCLUSÃO **47**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **48**

APÊNDICES **50**

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 26
FIGURA 2 26
FIGURA 3 27
FIGURA 4 28
FIGURA 5 28
FIGURA 6 29
FIGURA 7 30
FIGURA 8 31
FIGURA 9 32
FIGURA 10 33
FIGURA 11 33
FIGURA 12 34
FIGURA 13 35
FIGURA 14 35
FIGURA 15 36
FIGURA 16 37
FIGURA 17 37
FIGURA 18 38
FIGURA 19 39
FIGURA 20 39

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 29
TABELA 2 31

1 INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho foi motivada pela importância do tema queda em idosos no novo paradigma de saúde que vem surgindo com a transição demográfica. Esta é marcada pela redução da mortalidade infantil e das doenças infecciosas, e ascensão da expectativa de vida e, com ela, da ocorrência de doenças crônico-degenerativas e alterações fisiológicas próprias do envelhecimento. Estes fatores patológicos intrínsecos somados a fatores extrínsecos ambientais contribuem para a ocorrência de quedas, especialmente domiciliares, em idosos (RIERA, 2003).

As quedas recorrentes em idosos constituem, hoje, grave problema de saúde pública, uma vez que são consideradas umas das causas mais importantes de morbidade neste grupo de pacientes. Ademais, ocupam o sexto lugar de causa de óbito em pacientes acima de 65 anos, além de onerar cada vez mais os custos ambulatoriais, com hospitalização e institucionalização (PEREIRA, 2001).

Urge, portanto, o conhecimento dos principais fatores de risco potencialmente evitáveis, a fim de que se possa estabelecer uma prevenção adequada de quedas em idosos e de suas conseqüências.

1.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é identificar os principais fatores de risco intrínsecos e extrínsecos e as conseqüências de quedas domiciliares sofridas por idosos, residentes em um bairro específico da cidade de Belém, nos últimos dois anos (janeiro de 2004 a janeiro de 2006).

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A) Relacionar a ocorrência das quedas com o sexo e a idade;

B) Verificar a presença dos fatores de risco intrínsecos que favorecem a ocorrência de quedas;

C) Avaliar a presença dos fatores de risco domiciliares ou extrínsecos para a ocorrência de quedas;

D) Apontar as principais conseqüências das quedas;

2 REVISÃO DA LITERATURA

Pereira (2001) define queda como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade. Para Guimarães (1989), queda significa a perda total do equilíbrio postural em decorrência de insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares participantes da manutenção da postura.

Segundo Pereira (2001), a ocorrência de quedas aumenta progressivamente com a idade, em ambos os sexos, sendo sua freqüência maior em mulheres do que em homens quando comparamos indivíduos de mesma faixa etária. Considera ainda a queda como um evento sentinela na vida de um indivíduo idoso, por representar um marcador potencial de um declínio importante da função ou ainda por ser um sintoma de uma patologia nova.

Guimarães (1989),concorda que episódios de quedas são muito comuns na idade avançada, especialmente entre as mulheres no caso de quedas por motivos não esclarecidos. Ademais, afirma que a freqüência de quedas em idosos é bem maior do que o notificado, uma vez que estes indivíduos aceitam a queda como um acontecimento inevitável do envelhecimento, normalmente não a reportando, a menos que interrogados. Para este autor, também a queda é um sintoma e não um acontecimento isolado, podendo, sim, ser a manifestação de diversas doenças importantes.

Para Harrison (2002), a incidência de quedas anuais para idosos vivendo na comunidade é de 30%. Pereira (2001) divide a ocorrência de quedas anuais em pessoas de idade avançada em três grupos, por faixa etária. Desse modo, refere que 32% dos pacientes entre 65 e 74 anos, 35% daqueles entre 75 e 84 anos, e 51% dos pacientes acima de 85 anos caem a cada ano. Guimarães (1989) acredita que aos 80 anos, há 1/3 de chance de um indivíduo sofrer uma queda. Pereira (2001) acrescenta que a probabilidade de quedas em idosos de 75 a 84 anos com necessidade de ajuda nas atividades da vida diária (AVDs) é 14 vezes maior do que nos indivíduos independentes de mesma faixa etária.

Fabrício e Rodrigues (2004), aplicando questionário sobre quedas a 50 idosos de ambos os sexos residentes em Ribeirão Preto, SP, que haviam sido atendidos em duas unidades de um hospital público daquele local, observaram que a maioria das quedas ocorrera entre idosos do sexo feminino (66%), com idade média de 76 anos, no próprio lar do idoso (66%).

As quedas são importantes causas de morbidade em indivíduos de idade avançada. Cerca de 5 % das quedas resultam em fraturas, com destaque para as fraturas de colo de fêmur e da bacia, especialmente graves em idosos. Entre 5 a 10 % podem resultar em ferimentos significativos necessitando de cuidados médicos. Ademais, quando hospitalizados, estes indivíduos permanecem internados o dobro do tempo daquele esperado para indivíduos admitidos por outra razão (PEREIRA, 2001).

O estudo observacional de Fabrício e Rodrigues (2004), com 50 idosos atendidos em hospital público em Ribeirão Preto devido a quedas, apontou as fraturas como as conseqüências mais freqüentes (64%). Revelou ainda que a queda causou grande impacto na vida do idoso no que se refere às AVDs. Ocasionou maior dependência para a realização de atividades como: deitar/levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar unhas dos pés, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e subir escadas.

As quedas também contribuem para maior incidência de óbito em idosos. Elas constituem a sexta causa de óbito entre pacientes com mais de 65 anos, e, têm relação causal com 12 % do total de mortes na população geriátrica. São responsáveis por cerca de 70% dos óbitos acidentais em indivíduos com mais de 74 anos. Além disso, naqueles indivíduos idosos hospitalizados por queda, verifica-se um risco de 15 a 50 % de morte no ano seguinte (PEREIRA, 2001).

Segundo Sistema de Informação Médica (SIM) /Ministério da Saúde (MS) - (1995 apud FABRÍCIO e RODRIGUES, 2004, p. 93 – 99), no Brasil, entre os anos de 1979 e 1995,

aproximadamente 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% desta população era constituída por idosos, com 39,8% entre a faixa etária de 80 a 89 anos.

Gawryszewski e colaboradores (2004), em estudo que objetivava analisar a morbi-mortalidade por causas externas nos indivíduos com 60 anos ou mais no Brasil, a partir de dados provenientes SIM e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), encontraram um coeficiente de mortalidade por causas externas nessa faixa etária de 92,1/100.000 (135,3/100.000 para os homens e 56,8/100.000 para as mulheres) - valores mais altos que os da população geral, especialmente entre as mulheres. As quedas ocuparam o terceiro lugar na mortalidade: 14/100.000. Quanto à morbidade por causas externas, as quedas lideraram as internações (48.940 internações - 56,1 por cento do total). Entre as lesões, destacaram-se as fraturas (52,8 %), relacionadas especialmente com as quedas e os acidentes de transporte.

Além de constituírem importante causa de morbi-mortalidade e trazerem consequências desastrosas à população geriátrica, as quedas podem levar à perda da confiança em caminhar nos idosos, que, temendo novas quedas, acabam reduzindo sua mobilidade (GUIMARÃES, 1989).

Bennet (1996) aponta como principais causas de quedas em idosos, doenças neurológicas agudas ou crônicas, artrite, distúrbios músculo-esqueléticos, equilíbrio deficiente, instabilidade postural, arritmias cardíacas, fraqueza generalizada devido a uma doença clínica aguda ou crônica (incluindo infarto agudo do miocárdio), hipotensão ortostática ou um distúrbio da coordenação prejudicando a capacidade de cair “bem”. Cita ainda outras causas como distúrbios visuais, demência, medicações com propriedades sedativas e anti-hipertensivos levando a correção excessiva da hipertensão.

Entretanto, a maioria dos autores admite que além das causas intrínsecas apontadas acima referentes a condições patológicas do paciente idoso, somam-se ainda fatores extrínsecos, especialmente ambientais para compor o grande grupo de fatores de risco relacionados à maior incidência de quedas e suas complicações em indivíduos de idade avançada. Harison (2002) ressalta que as quedas em idosos são, na verdade, resultantes de

uma interação complexa entre um paciente variavelmente comprometido (por deficiências intrínsecas como doenças e medicamentos) e determinada alteração no seu ambiente (como um simples desnivelamento no assoalho de sua residência).

Pereira (2001) sistematiza os diversos fatores de risco referidos pela literatura clínica e geriátrica conforme será descrito a seguir. Dentro do grupo de fatores de risco intrínsecos, encontram-se alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, além de patologias específicas como doenças cardiovasculares, e neurológicas, e, o uso de certos medicamentos como antidepressivos e anti-hipertensivos. O grupo de fatores de risco extrínsecos inclui fatores ambientais diversos inapropriados para fazer parte da moradia de idosos, como presença de obstáculos no caminho, tapetes soltos ou ausência de corrimãos em corredores e banheiros.

Diversas são as alterações fisiológicas do processo do envelhecimento que contribuem para a gênese das quedas em idosos, a saber:

- Diminuição da visão, seja pela redução da percepção de distância, da visão periférica ou da adaptação ao escuro.

- Diminuição da audição, fazendo com que o idoso não ouça sinais de alarme.

- Distúrbios vestibulares, resultantes de infecção ou cirurgia prévia de ouvido ou vertigem posicional benigna.

- Distúrbios proprioceptivos, havendo redução das informações sobre as bases de sustentação. Os mais freqüentes são: neuropatia periférica e patologias degenerativas da coluna cervical.

- Diminuição da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural.

- Distúrbios músculo-esqueléticos como degenerações articulares com diminuição da amplitude dos movimentos, e fraqueza muscular com diminuição da massa muscular.

- Sedentarismo.

- Deformidades dos pés, como onicogrifose, hálux valgo, cravos e calos (Pereira, 2001).

Guimarães (1989) destaca ainda como importantes fatores de risco intrínsecos, dentro do subgrupo de alterações fisiológicos do envelhecimento, anormalidades da marcha ou arritmia do passo e perda da memória recente relacionada à tendência de tropeçar em objetos esquecidos.

Dentre as patologias específicas que podem favorecer quedas em idosos, encontram-se, principalmente patologias cardiovasculares, neurológicas, endócrino-metabólicas e pulmonares.

As patologias cardiovasculares são representadas por hipotensão postural, crise hipertensiva, arritmias cardíacas, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, síncope vaso-vagal (a calor, estresse e micção) e insuficiência vértebro-basilar (PEREIRA, 2001).

Uma condição específica conhecida como “Drop attack” também pode gerar um tipo especial de quedas em idosos. O paciente sente uma perda súbita do equilíbrio, caindo em seguida, sem aviso prévio. Não há perda da consciência, mas o paciente não consegue levantar-se sozinho após a queda. A causa é desconhecida, todavia tem-se sugerido que esta condição esteja relacionada com a súbita oclusão da artéria vertebral por osteófitos (GUIMARÃES, 1989).

As patologias neurológicas compreendem hematoma sub-dural, demência, neuropatia periférica, acidente vascular cerebral (AVC) e sequela de AVC, acidente vascular cerebral isquêmico transitório, parkinsonismo, delirium, labirintopatias e disritmia cerebral (PEREIRA, 2001).

Demência e Doença de Parkinson são patologias comuns na idade avançada e estão relacionadas a uma grande propensão a quedas especialmente por levarem a alterações específicas da marcha. A demência – além de outras condições que lesem o lobo frontal do cérebro - pode levar ao desenvolvimento de apraxia da marcha, caracterizada pela perda da habilidade para usar os membros inferiores no caminhar. O paciente tem dificuldade em

iniciar a marcha, e, quando vencida a inércia, move-se como se seus pés estivessem aderidos ao chão. A Doença de Parkinson está associada a uma marcha lenta, com passos curtos, devido à bradicinesia e à rigidez muscular características da doença. O paciente apresenta dificuldade em iniciar a marcha e mudar o curso do caminhar, andando curvados com os braços rígidos. Isso resulta em distúrbios de equilíbrio, com maior tendência a quedas (GUIMARÃES, 1989).

Pereira (2001) cita ainda algumas patologias endócrinas e pulmonares que contribuem também para o cair em idosos. As principais doenças endócrinas são hipotireoidismo e hipertireoidismo, aquelas que cursam com hipoglicemia ou hiperglicemia, além de distúrbios hidro-eletrolíticos. As pulmonares mais notadas são doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e embolia pulmonar.

Outras patologias mencionadas na literatura que constituem também fatores de risco intrínsecos para o maior risco de quedas em pessoas de idade avançada são: distúrbios psiquiátricos como depressão; anemia - que pode ser decorrente de sangramento oculto -; hipotermia e infecções graves, a exemplo de infecções respiratória, urinária, colangite e sepse.

Finalmente, compondo também o grupo de fatores de risco intrínsecos, o uso de medicamentos comumente usados pelos idosos, e até a associação de vários deles (polifarmácia), pode causar efeitos secundários e colaterais diversos, contribuindo para o aumento da freqüência de quedas neste grupo de pacientes. Os principais medicamentos envolvidos são: ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos, anticolinérgicos, diuréticos, anti-arrítmicos, hipoglicemiantes e antiinflamatórios não hormonais (PEREIRA, 2001).

Guimarães (1989) descreve alguns dos vários mecanismos pelos quais essas drogas podem provocar quedas em pacientes idosos. Anti-depressivos, anti-hipertensivos e fenotiazinas por causarem hipotensão postural. Intoxicação digitálica por levar a arritmia cardíaca. Benzodiazepínicos por acarretarem sedação e relaxamento muscular. E, barbitúricos por levarem a confusão mental e incoordenação motora.

Os fatores de risco extrínsecos ou ambientais, especialmente os domiciliares, somam-se a todos esses, favorecendo a ocorrência de quedas nos indivíduos de avançada faixa etária. Segundo Harrison (2002), a maioria das quedas ocorre dentro de casa ou nas suas vizinhanças. Pereira (2001) concorda e assinala que 70% das quedas ocorrem na própria residência do idoso.

Portanto, pacientes idosos com alterações fisiológicas do envelhecimento ou patologias específicas ou ainda em uso de determinados tipos de medicamentos que os tornem incapazes de superar a instabilidade provocada por fatores ambientais presentes no seu próprio domicílio estão mais propensos a quedas freqüentes (GUIMARÂES, 1989).

Pereira (2001) destaca como fatores de risco ambientais domiciliares: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho – como móveis baixos, pequenos objetos, e fios - , ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas e outros. Guimarães (1989) considera também a presença de brinquedos espalhados pela casa, camas altas, sofás, cadeiras e vasos sanitários muito baixos, além de animais em casa.

Todos esses fatores de risco extrínsecos podem ser modificados através da realização de algumas adaptações no ambiente de moradia do indivíduo idoso. As principais recomendações são descritas a seguir.

È sabido que pessoas idosas necessitam do dobro de luminosidade, quando comparadas com pessoas jovens. Recomenda–se uma adequação da iluminação, com ausência de luzes fracas, mas também de luzes muito fortes e sombras. Devem ser colocados interruptores acessíveis nas entradas de todos os cômodos, e, se possível, sugere-se o uso de luz noturna no quarto, no corredor e no banheiro (HARRISON, 2002).

O assoalho deve ser antiderrapante, ou pelo menos ser banhado com cera antiderrapante. É contra-indicado o uso de tapetes soltos, mas podem continuar a ser usados se suas bordas forem pregadas ao chão. É fundamental que não sejam deixados pequenos objetos, brinquedos, fios, roupas e sapatos no trajeto (HARRISON, 2002).

Residências com escadas devem manter as mesmas bem iluminadas, com corrimãos bilaterais bem seguros, e, o primeiro bem como os últimos degraus devem ser marcados com fita adesiva de cor contrastante e luminosa. Recomenda-se que os degraus tenham no máximo 15 cm e estejam sempre livres de objetos e brinquedos (HARRISON, 2002).

A cozinha deve apresentar mesa firme e fixa. Os utensílios devem der guardados de maneira que não seja necessário esticar-se ou dobrar-se para pegá-los. É importante ter à mão uma escada pequena e segura para eventuais necessidades de subir (HARRISON, 2002).

Os banheiros devem conter tapetes antiderrapantes, e, coberturas antiderrapantes podem ser colocadas no piso do chuveiro ou no fundo da banheira. É recomendado que, junto ao vaso sanitário, chuveiro ou banheira, haja barras de segurança. Propõe-se também a presença de cadeira no chuveiro e ducha de mão, além da elevação do assento do vaso sanitário. Uma medida importante a ser tomada é a retirada dos trincos e fechos da porta, o que garante o acesso em uma emergência (HARRISON, 2002).

Quintal e entradas quando presentes merecem também atenção especial. Buracos no gramado devem ser tapados e pedras retiradas. Acessos e calçadas devem ser bem iluminados e folhas molhadas devem ser removidas. Jamais deve haver utensílios e ferramentas espalhados pelo caminho (HARRISON, 2002).

Por outro lado, os fatores de risco intrínsecos merecem também atenção adequada para a prevenção de episódios de queda nestes pacientes. Em se tratando de pacientes de idade avançada, o médico deve sempre estar pronto para promover uma avaliação geriátrica global, com medidas corretivas adequadas, enfocando estado físico, função cognitiva, estado psicológico, capacidade de viver só, de realizar as atividades da vida diária e condição

econômica. Cabe a ele também a racionalização da prescrição e correção de doses e de combinações inadequadas dos medicamentos. Ademais, o paciente deve ser orientado a submeter-se anualmente a avaliações oftalmológica, auditiva e da cavidade oral (PEREIRA, 2001).

A prevenção de quedas no paciente idoso requer, acima de tudo, uma atenção multidisciplinar. O nutricionista deve ser requisitado para a correção dos distúrbios de nutrição. A fisioterapia e os exercícios físicos são indicados, inclusive para idosos frágeis, com o objetivo de melhorar o equilíbrio e a marcha; fortalecer, alongar e aumentar a flexibilidade da musculatura; melhorar a amplitude articular e aumentar a densidade óssea, evitando fraturas. O terapeuta ocupacional atua instrumentalizando o idoso para o seu auto-cuidado e também os seus familiares (PEREIRA, 2001).

Na verdade, a literatura é unânime ao considerar a importância singular do uso de medidas preventivas para a redução da elevada incidência de quedas, com enfoque para aquelas domiciliares, em paciente com 60 anos ou mais. O controle ou modificação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos potencialmente evitáveis pode, assim, reduzir a ocorrência de quedas e de suas complicações desastrosas sobre a qualidade de vida do paciente idoso. Com isso estaria-se reduzindo, a um só tempo, a morbi-mortalidade desse grupo de pacientes, aumentado sua expectativa de vida, dando-lhes qualidade de vida com menor prejuízo nas AVDs, reduzindo sua tendência a imobilidade, além de seu sentimento de decadência e fracasso pela percepção de vulnerabilidade de seu corpo.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 AMOSTRA

Constituída por 100 indivíduos que preencheram os seguintes critérios de inclusão:

A) Idade superior ou igual a 60 anos no momento da (s) queda (s);

B) Residentes no bairro do Umarizal em Belém;

C) História de um ou mais episódios de quedas domiciliares nos últimos dois anos (janeiro de 2004 a janeiro de 2006).

3.2. TIPO DE ESTUDO

Desenho observacional, descritivo, tipo relato de série de casos.

3.3. PROCEDIMENTOS

A) Visita aleatória de domicílios do bairro do Umarizal, em Belém, até a obtenção de um grupo de 100 idosos, que se encaixassem nos critérios de inclusão.

B) Fornecimento de termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice I) aos participantes ou responsáveis.

C) Aplicação de questionário (apêndice II) aos mesmos, para obtenção dos seguintes variáveis:

- Variáveis independentes:

* sexo,

* idade,

* fatores de risco intrínsecos para quedas domiciliares:

a) Alterações fisiológicas do envelhecimento

a.1) Diminuição da visão

a.2) Diminuição da audição

a.3) Distúrbios vestibulares

a.4) anormalidades da marcha

a.5) Alterações da memória

a.6) Osteoartrose

a.7) Sedentarismo

a.8) Deformidade dos pés

b) Patologias específicas

b.1) Cardiovasculares

b.2) Neurológicas

b.3) Endócrino-metabólicas

b.4) Pulmonares

c) Medicamentos

c.1) Antidepressivos

c.2) Anti-hipertensivos

c.3) Anticolinérgicos

c.4) Diuréticos

c.5) Anti-arrítmicos

c.6) Hipoglicemiantes

c.7) Antiinflamatórios Não-Esteroidais (AINES)

c.8) Polifarmácia – mais de 5 drogas.

* fatores de risco extrínsecos para quedas domiciliares:

a) Iluminação inadequada

b) Superfícies escorregadias

c) Tapetes soltos ou com dobras

d) Degraus altos ou estreitos

e) Obstáculos no caminho

f) Ausência de corrimãos em corredores e banheiros

g) Prateleiras excessivamente baixas ou elevadas.

h) Animais pela casa.

- Variáveis dependentes:

*ocorrência e número de quedas domiciliares no período,

* suas conseqüências.

D) Elaboração de banco de dados com as informações coletadas, através do programa de computador Microsoft Office Excel 2003 e as informações apresentadas sob a forma de tabelas e gráficos, utilizando métodos descritivos em números absolutos e proporções.

3.4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

A) O presente trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará;

B) Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual era entregue aos participantes da pesquisa e em caso de aprovação, o próprio ou seu cuidador assinava.

4 RESULTADOS

A partir dos dados coletados, pode-se chegar aos seguintes resultados:

4.1. IDENTIFICAÇÃO

O número de idosos entrevistados foi de 100, sendo 63 mulheres e 37 homens, como mostra a Figura 1.

FIGURA 1

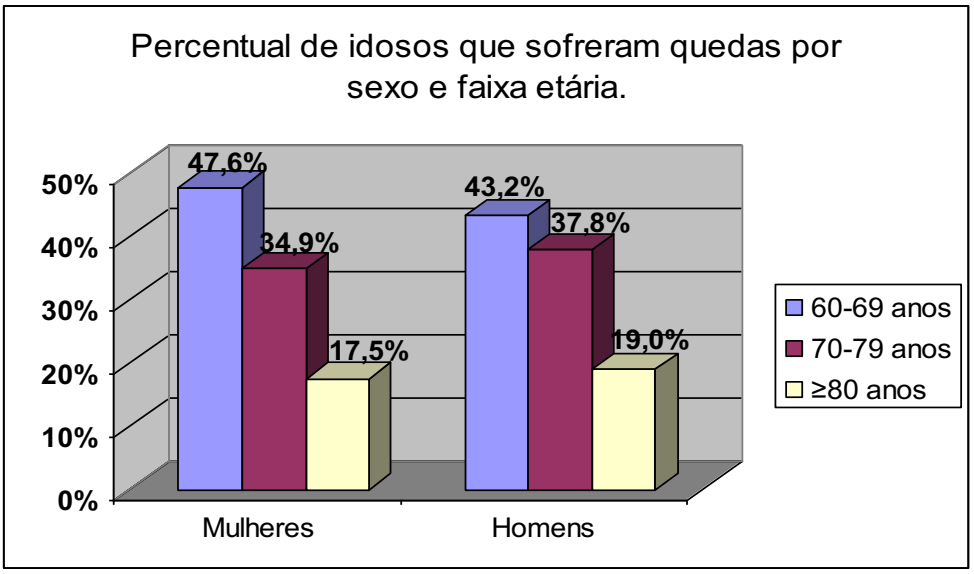

FIGURA 2

De acordo com a Figura 2, a ocorrência de quedas foi maior na faixa etária de 60 a 69 anos, seguida pelo grupo de idosos entre 70 e 79 anos e por último, os de idade igual ou superior a 80 anos, para ambos os sexos.

4.2 NÚMERO DE QUEDAS POR IDOSO

Como visto na Figura 3, no período de dois anos, os idosos do sexo masculino na faixa etária de 60 a 69 anos foram os que tiveram maior número de quedas, com três quedas por idoso, seguido pelos idosos do sexo feminino de 70 a 79 anos e 60 a 69 anos, com um total de 2,77 e 2,07 quedas por idoso, respectivamente. Os idosos com 80 anos ou mais foram os que caíram menos, principalmente os do sexo masculino. Como uma média geral, o número de quedas por idoso pode ser considerada equivalente, com uma diferença entre os sexos de apenas 0,04.

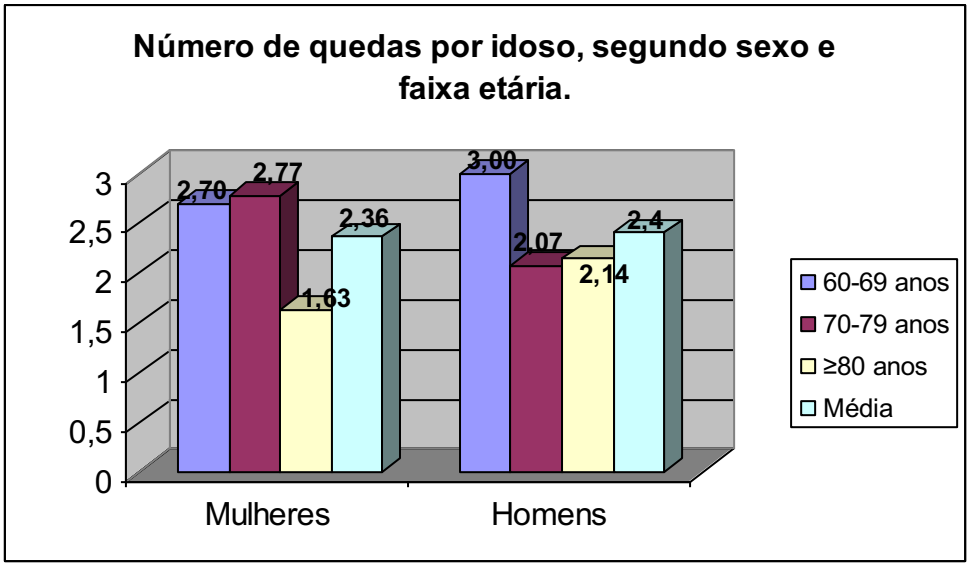

FIGURA 3

4.3 AS CONSEQÜÊNCIAS DAS QUEDAS

Verificou-se que dos idosos que caíram nos últimos dois anos, 55% sofreram conseqüências. Este resultado apresentou um p=0,3173 (Figura 4).

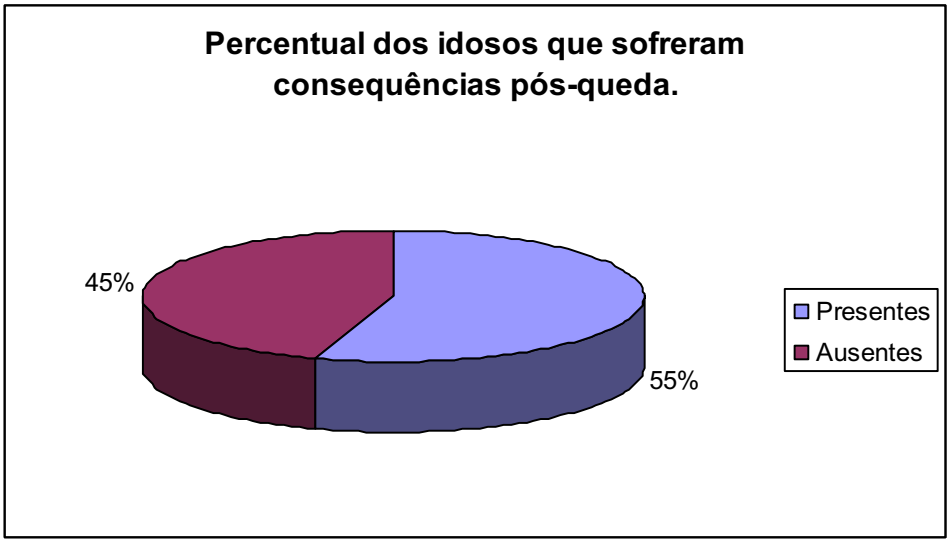

FIGURA 4

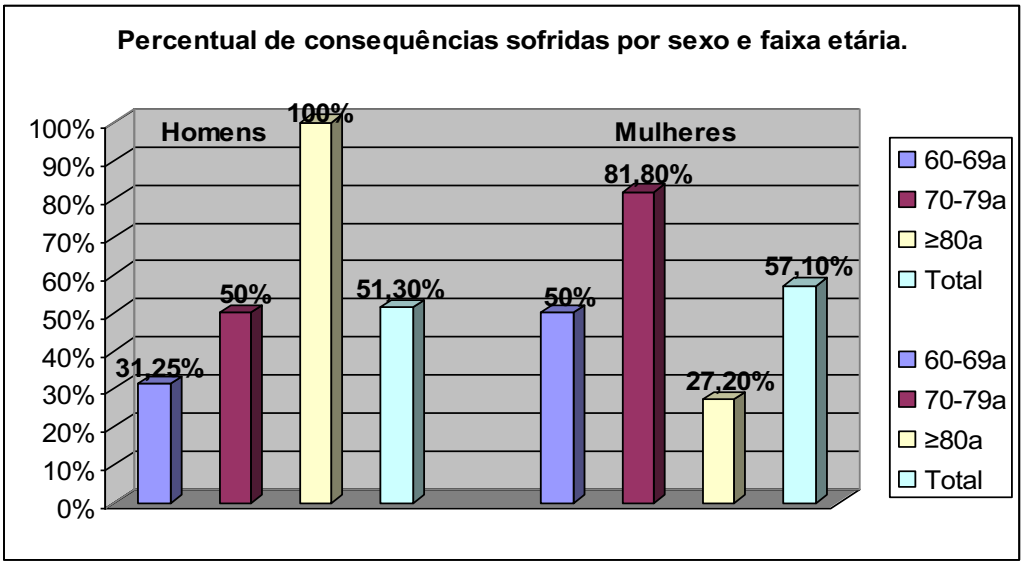

FIGURA 5

A partir da Figura 5, pode-se observar que dentre os idosos do sexo feminino que caíram, 57,1% sofreram conseqüências, sendo o grupo mais acometido o da faixa etária entre 70 e 79 anos. Para o sexo masculino, o percentual de idosos que sofreu conseqüências pós-queda foi inferior, correspondendo a 51,3%, com destaque para os idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

Entre as conseqüências, a de maior ocorrência foi o declínio das atividades de vida diária, correspondendo a 34,2% de todas as conseqüências, seguido da fratura, que atingiu o valor de 27,8%, e hospitalização, com 20,2% do total, como pode ser visto na Figura 6.

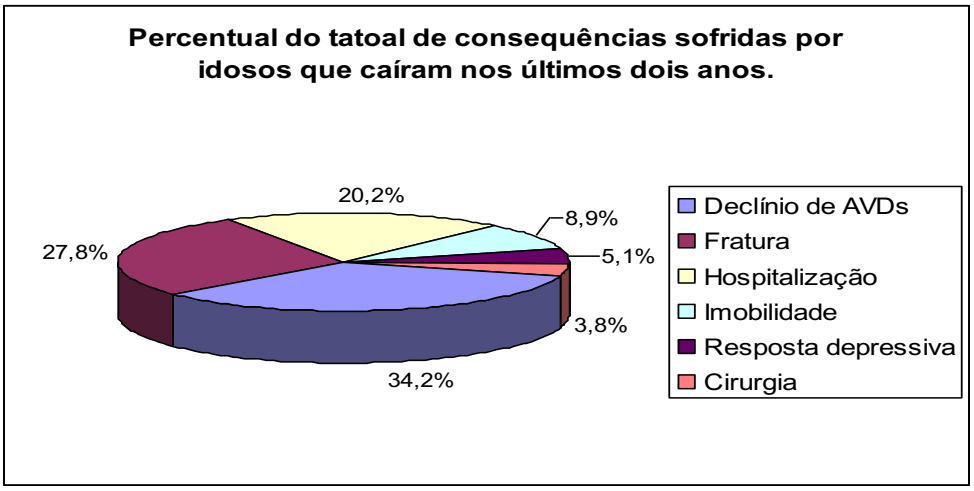

FIGURA 6

TABELA 1

Conseqüências pós-queda por sexo e faixa etária em idosos que caíram nos últimos dois anos.

	Homens			Mulheres			
Idade/ Conseqüências	60-69anos	70-79anos	≥80anos	60-69anos	70-79anos	≥80anos	Total
Declínio de AVDs	3	3	5	6	9	1	27
Fratura	2	3	2	6	7	2	22
Hospitalização	2	2	1	4	7	0	16
Imobilidade	0	1	0	0	6	0	7
Resposta depressiva	1	1	1	0	1	0	4
Cirurgia	0	0	0	1	2	0	3
Total	8	10	9	17	32	3	79

A Tabela 1 mostra o valor absoluto de cada conseqüência pós-queda em relação ao sexo e à faixa etária. A partir desta, pode-se ver que 27 idosos que caíram nos últimos dois anos tiveram declínio das atividades de vida diária, 22 sofreram fraturas e 16 precisaram de hospitalização.

4.4 FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS

A) ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO:

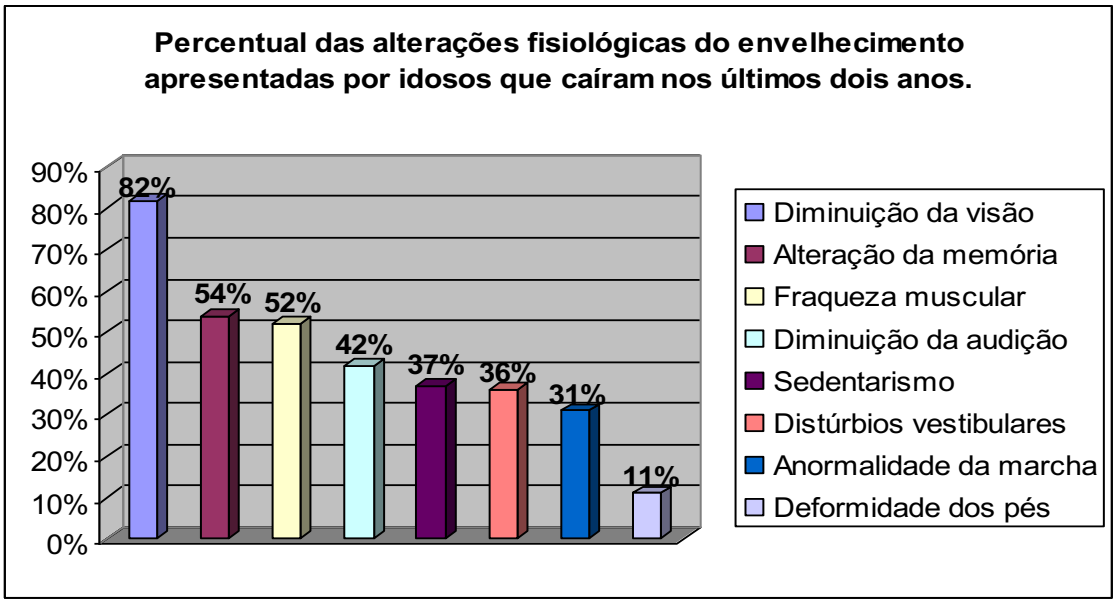

FIGURA 7

De acordo com a Figura 7, observa-se que mais de 50% dos idosos que caíram nos últimos dois anos apresentavam, fraqueza muscular, alteração da memória e redução da visão, sendo esta última a variável mais encontrada, ocorrendo em 82% da amostra. A variável menos freqüente foi a deformidade dos pés.

A Figura 8 mostra que dentre as alterações fisiológicas do envelhecimento, a diminuição da visão foi a mais freqüente, correspondendo a 23,3% do total.

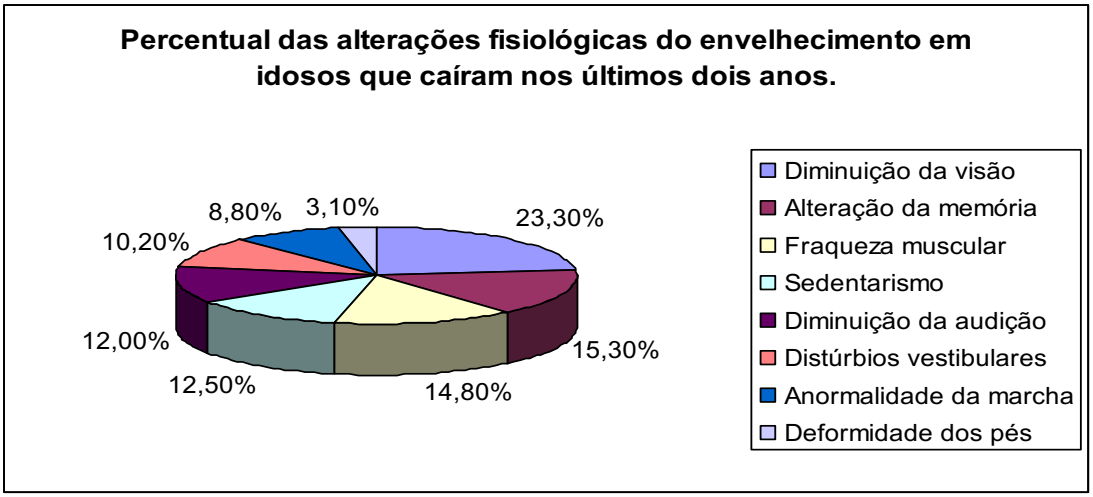

FIGURA 8

TABELA 2

Alterações fisiológicas do desenvolvimento por sexo e faixa etária em idosos que caíram nos últimos dois anos.

	Homens			Mulheres			
Idade	60-69anos	70-79anos	≥80anos	60-69anos	70-79anos	≥80anos	Total
Diminuição da visão	13	10	6	24	19	10	82
Alteração da memória	6	10	7	11	15	5	54
Fraqueza muscular	8	9	5	6	16	8	52
Sedentarismo	5	6	3	9	16	5	44
Diminuição da audição	6	5	6	10	8	7	42
Distúrbios vestibulares	8	7	3	8	7	3	36
Anormalidade da marcha	2	5	5	6	9	4	31
Deformidade dos pés	1	1	1	3	3	2	11
Total	49	53	36	77	93	44	352

A Tabela 2 mostra a presença de cada alteração inerente ao envelhecimento, segundo sexo e faixa etária, em valores absolutos. De acordo com esta tabela, observa-se que a alteração da visão tem uma incidência acima de 80% nos idosos, independente da faixa etária, a alteração da memória é maior nos idosos a partir de 70 anos, a fraqueza muscular eleva-se com a idade, assim como a diminuição da audição, a anormalidade da marcha e a deformidade dos pés. O sedentarismo e os distúrbios vestibulares são maiores nos idosos entre 70 a 79 anos.

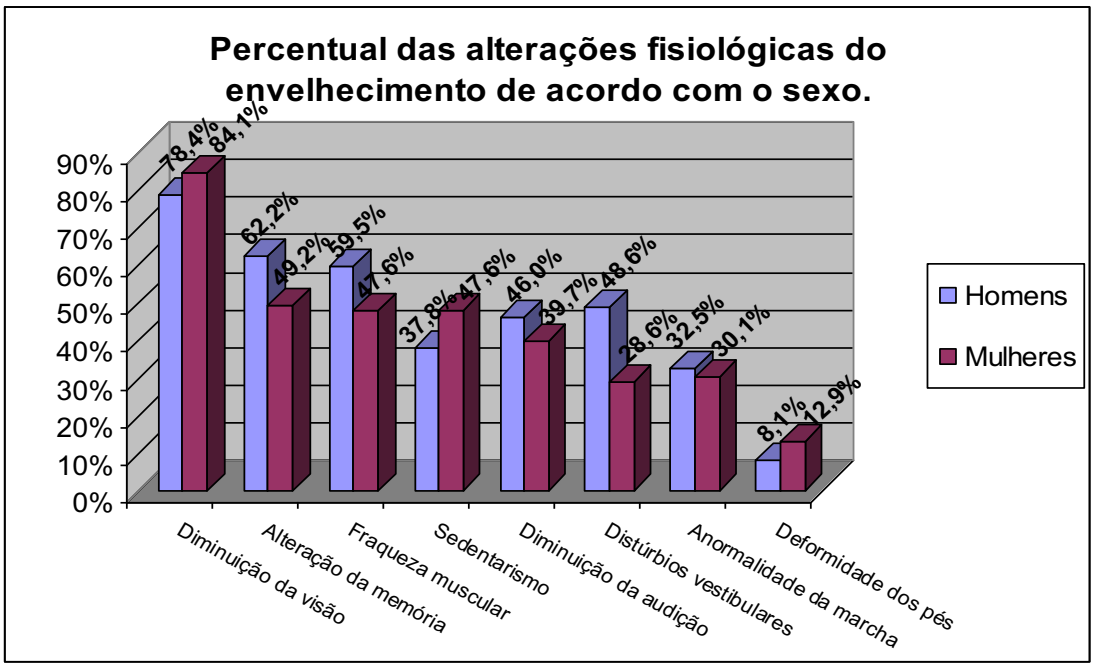

FIGURA 9

Analisando a figura 9, pode-se observar que os idosos do sexo feminino tiveram uma freqüência maior de alterações visuais que os do sexo masculino, assim como de sedentarismo e deformidade dos pés. Em relação às alterações da memória, fraqueza muscular, diminuição da audição, distúrbios vestibulares e anormalidades da marcha, os homens foram mais acometidos que as mulheres.

B) PATOLOGIAS ESPECÍFICAS:

A partir do Gráfico 12, pode-se observar que as patologias cardiovasculares são as mais prevalentes entre os idosos que caíram nos últimos dois anos, correspondendo a 42,9% de

todas as patologias específicas, seguidas das patologias neurológicas, endócrino-metabólicas e pulmonares, com valores de 25,7%, 20,7% e 10,7%, respectivamente.

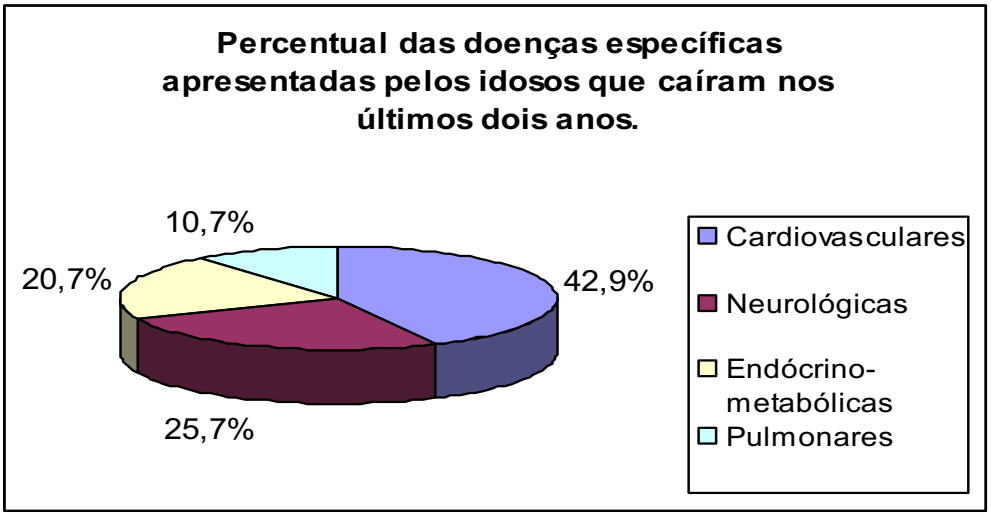

FIGURA 10

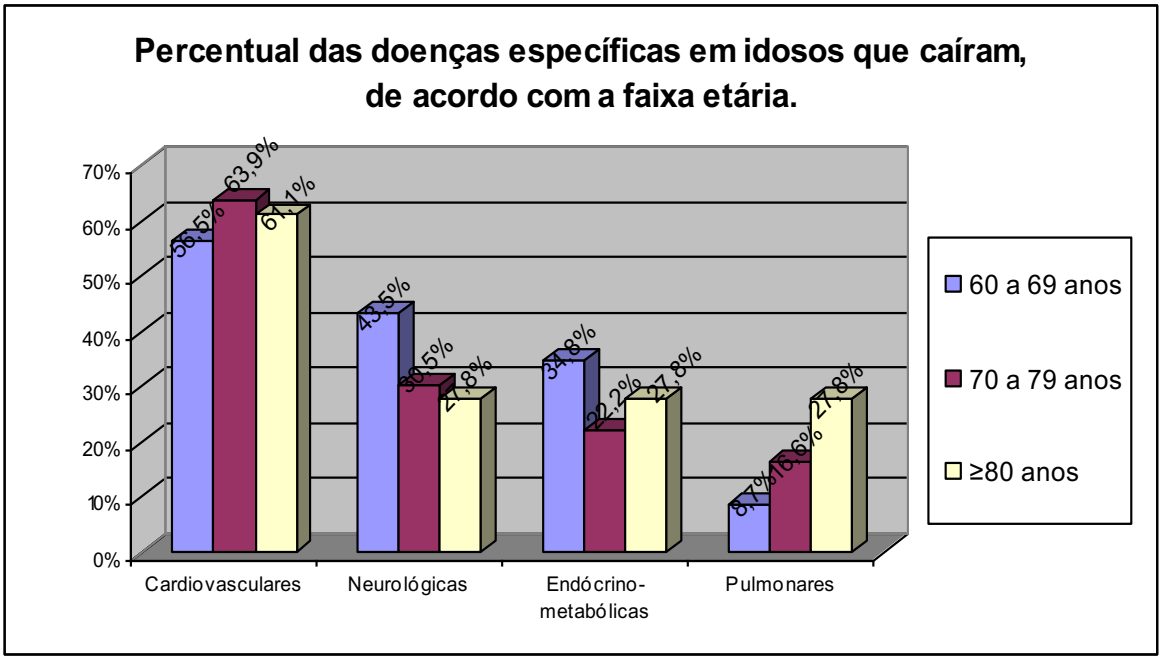

FIGURA 11

De acordo com a Figura 11, para todas as faixas etárias, as patologias específicas mais encontradas foram aquelas pertencentes ao aparelho cardiovascular. Estas faziam-se presentes em 83,9% dos idosos entre 70 e 79 anos, em 61,1% daqueles com idade igual ou

superior a 80 anos, e, em 58,5% no grupo de 60 a 69 anos. Em relação às patologias neurológicas, os idosos que apresentaram maior prevalência destas estão entre 60 e 69 anos, correspondendo a um valor percentual de 43,5%. Os idosos desta mesma faixa foram os que obtiveram maior prevalência de patologias endócrino-metabólicas (34,8%) e a menor de patologias pulmonares (8,7%). Este último grupo de patologias mostrou-se mais freqüente entre os idosos com 80 anos ou mais (27,8%), que tiveram prevalência equivalente entre as patologias neurológicas, endócrino-metabólicas e pulmonares.

Avaliando a Figura 12, no grupo de idosos do sexo masculino era maior a freqüência patologias cardiovasculares, neurológicas e pulmonares, com valores percentuais de 67,5%, 37,8% e 21,6%, respectivamente. Os idosos do sexo feminino apresentavam freqüência maior apenas de patologias endócrino-metabólicas, correspondendo a um valor percentual de 31,7%.

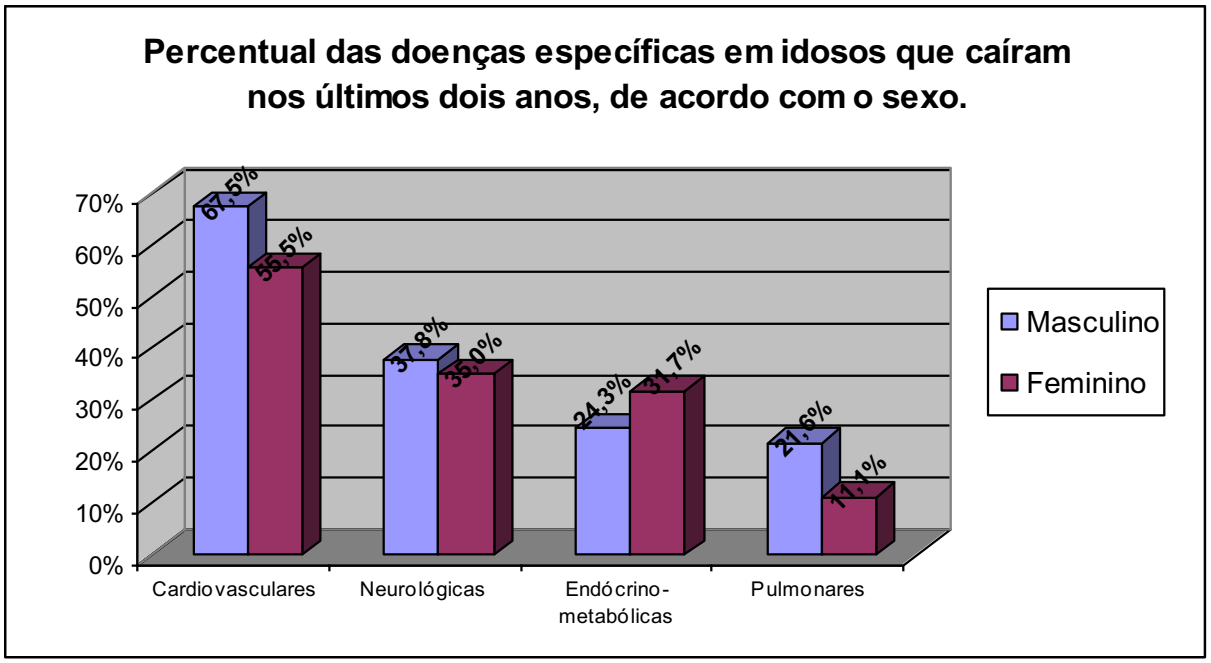

FIGURA 12

C) MEDICAMENTOS:

Entre os medicamentos utilizados pelos idosos, este estudo considerou apenas os antidepressivos, anti-hipertensivos, diuréticos, antiarrítmicos, hipoglicemiantes,

Antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) e o uso de cinco ou mais medicamentos (polifarmácia). Desta forma, observou-se que os anti-hipertensivos corresponderam a 35,5% dos medicamentos utilizados e a polifarmácia equivaleu a 11,9% (Figura 13).

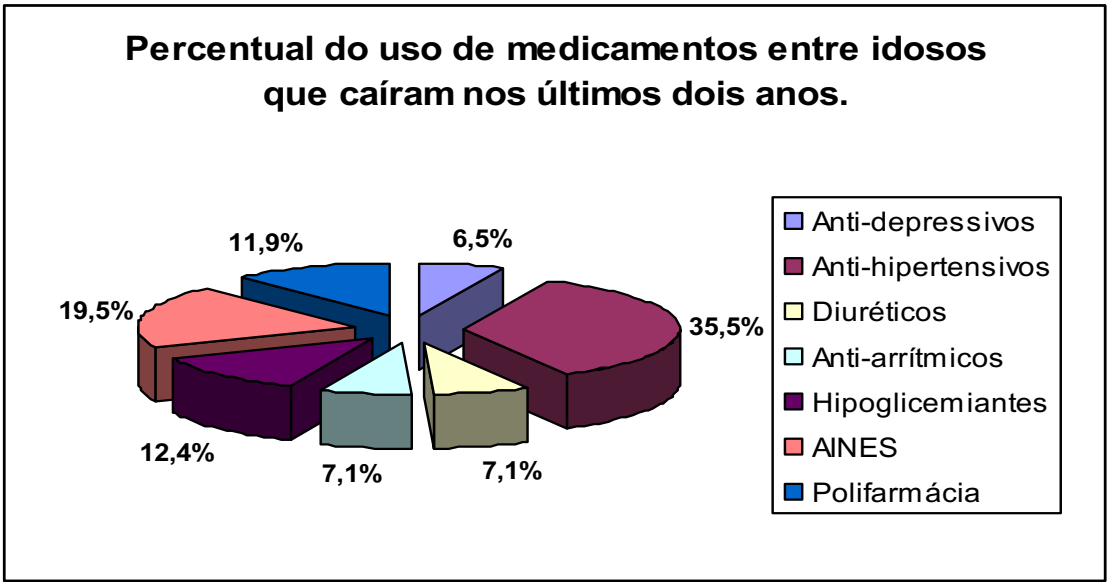

FIGURA 13

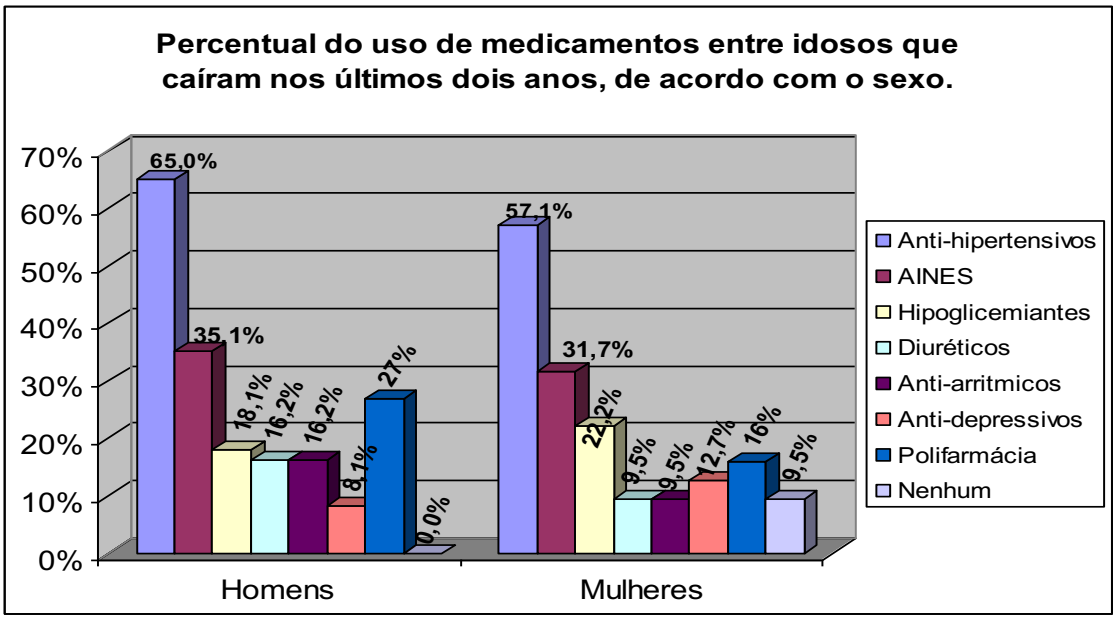

FIGURA 14

Na Figura 14, observa-se que 65% dos idosos do sexo masculino e 57,1% dos do sexo feminino faziam uso de anti-hipertensivos. Os AINEs eram utilizados por mais de 30% dos idosos de ambos os sexos. Quanto à polifarmácia, esta pôde ser vista em 27% dos idosos do

sexo masculino e em 16% no sexo feminino. A ausência do uso de medicamentos pôde ser encontrada em apenas 9,5% dos idosos do sexo feminino. Este achado foi nulo no sexo masculino.

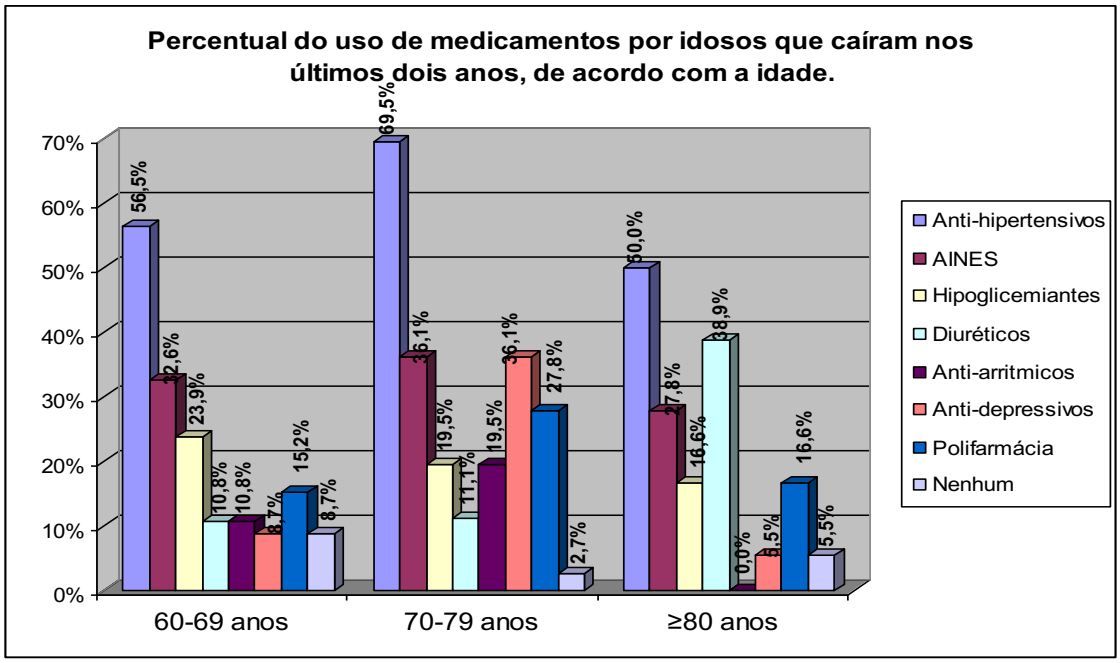

FIGURA 15

A partir da Figura acima, pode-se ver que os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais utilizados pelos idosos de todas as faixas etárias. Mais de 32% dos idosos entre 60 e 69 anos e entre 70 e 79 anos fizeram uso de AINES. Dos idosos com idade igual ou superior a 80 anos, 38,9% utilizavam diuréticos. A faixa etária de 70 a 79 anos foi a que mais apresentou uso de cinco ou mais medicamentos, correspondendo a 27,8% desta população.

4.5 FATORES DE RISCO EXTRÍNSECOS – DOMICILIARES

Dentre os fatores de risco identificados no domicílio dos idosos que caíram nos últimos dois anos entrevistados, 24,3% corresponderam à ausência de corrimãos em corredores e banheiros, 16% à presença de superfícies escorregadias e 11,8% a tapetes soltos ou com dobras. Apenas 1,4% do total correspondeu a ausência de tais fatores de risco.

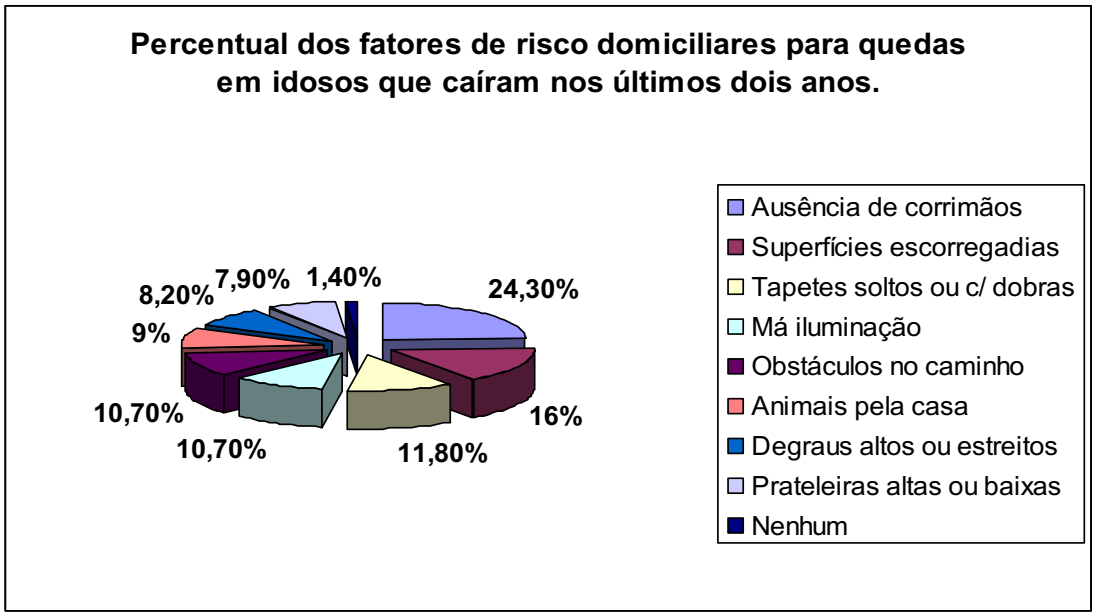

FIGURA 16

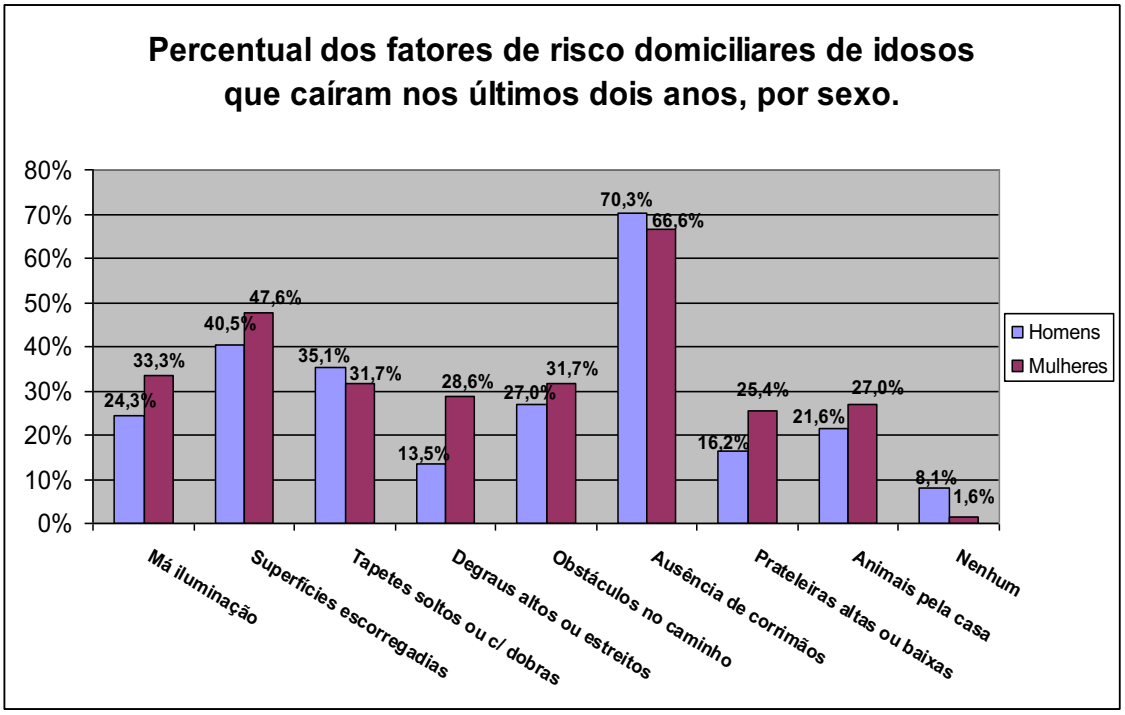

FIGURA 17

A partir da Figura 17 acima, verifica-se que os idosos do sexo feminino foram os que apresentaram um percentual maior de fatores de risco domiciliares. Assim, pode-se observar que 33,3% destes idosos apresentaram má iluminação em seu domicílio, 47,6%, superfícies

escorregadias e 66,6% apresentaram ausência de corrimãos em corredores e banheiros. Quanto aos domicílios dos idosos do sexo masculino, em 35,5% dos casos, pôde-se observar a presença de tapetes soltos ou com dobras, em 40,5%, superfícies escorregadias e 70,3%, ausências de corrimãos em corredores e banheiros.

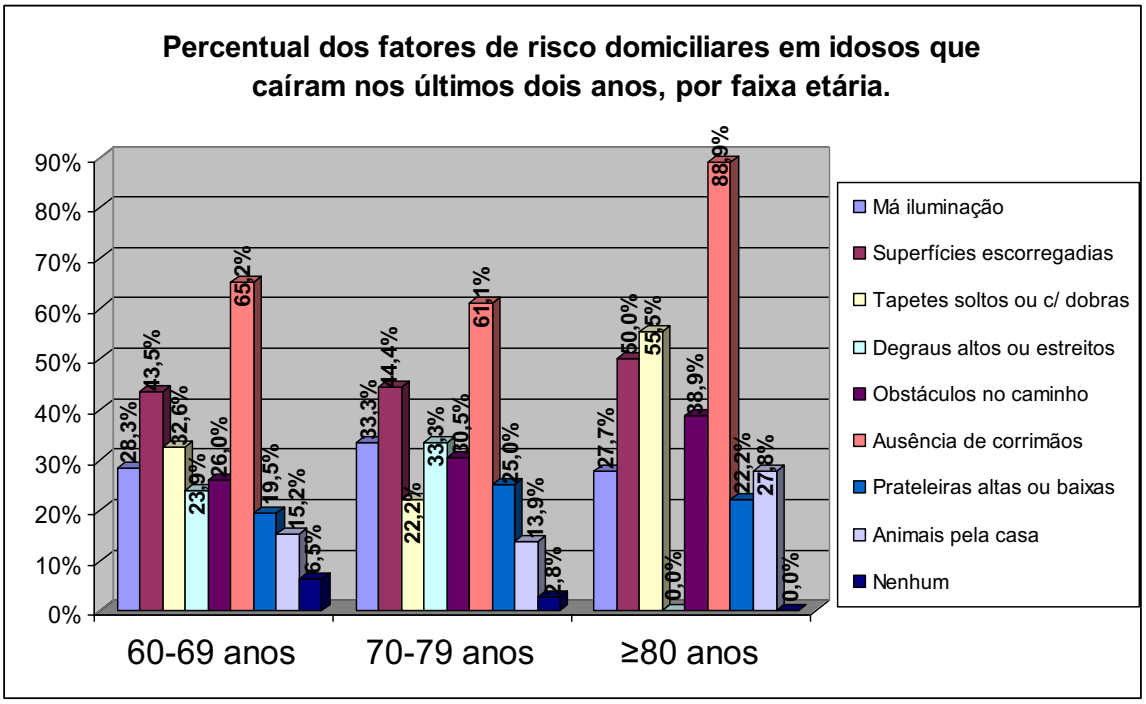

FIGURA 18

De acordo com a Figura 18, pode-se observar que os idosos com idade igual ou superior a 80 anos foram os que apresentaram maiores percentuais de ausência de corrimãos em corredores e banheiros, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, presença de obstáculos no caminho e animais pela casa. Os idosos na faixa etária de 70 a 79 anos foram os que apresentaram maior número de degraus altos ou estreitos e de prateleiras excessivamente altas ou baixas. Por outro lado, 6,3% dos idosos entre 60 e 69 anos não apresentaram fatores de risco domiciliares para quedas.

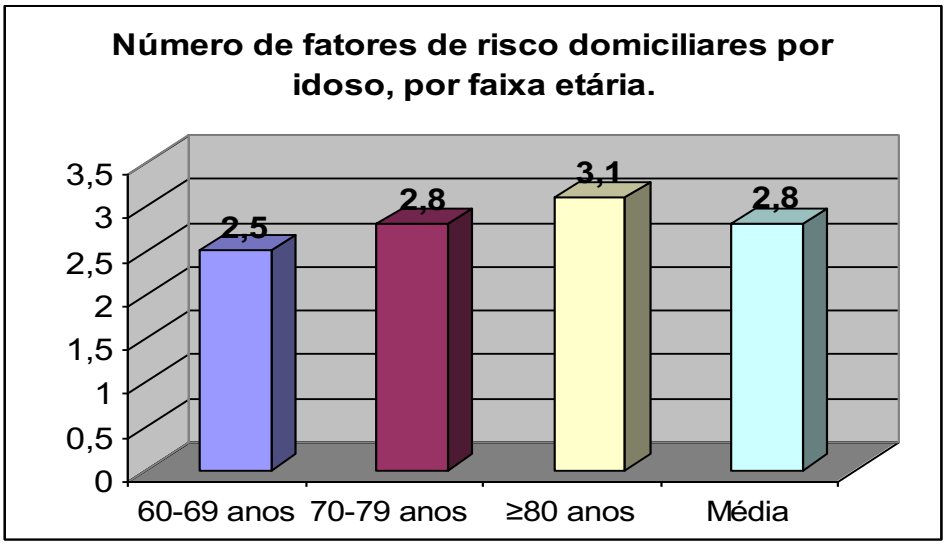

FIGURA 19

A Figura 19 mostra que o número de fatores de risco domiciliares por idoso aumentou de acordo com a idade. Assim, os idosos com idade igual ou superior a 80 anos apresentaram um número equivalente a 3,1 fatores de risco por idoso, contra os idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, que apresentaram o número de 2,5. Em média, os idosos possuíam 2,8 fatores de risco domiciliares por idoso.

Na Figura abaixo, observa-se que os idosos do sexo feminino apresentaram mais fatores de risco domiciliares que os do sexo masculino.

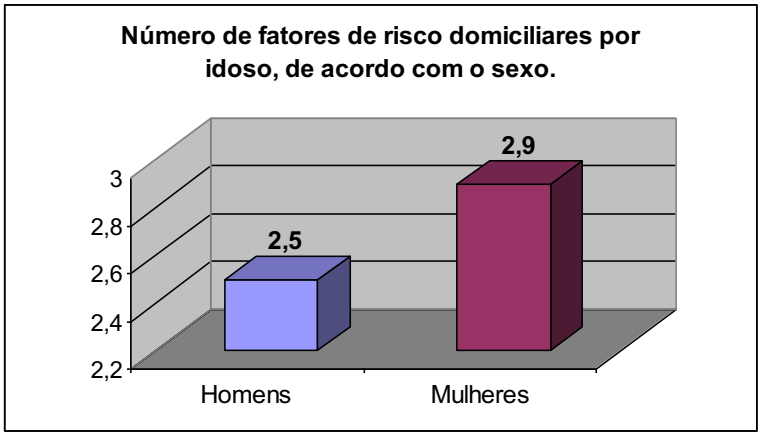

FIGURA 20

5 DISCUSSÃO

5.1 SEXO E IDADE

A amostra de idosos que sofreu o evento queda foi composta por um maior percentual de indivíduos do sexo feminino – 63%, dado este que está de acordo com a literatura, segundo Guimarães (1989) e Pereira (2001). Este estudo encontrou valor semelhante àquele realizado por Fabrício e Rodrigues (2004) em um hospital público de Ribeirão Preto – SP, no qual 66% das quedas ocorreram entre idosos do sexo feminino.

No presente estudo, verificou-se uma maior freqüência de quedas domiciliares entre idosos na faixa etária de 60 e 69 anos. Entretanto, para a maioria dos autores a incidência de quedas aumenta progressivamente com a idade. Pereira (2001) afirma que a ocorrência de quedas é maior em indivíduos com idade superior a 85 anos.

5.2. CONSEQUÊNCIAS

Em relação às conseqüências, observa-se que 57,1% dos idosos do sexo feminino e 51,3% dos do sexo masculino sofreram algum tipo de conseqüência. A faixa etária mais acometida entre o grupo das mulheres foi de 70 a 79 anos, enquanto que no grupo dos homens, o acometimento foi mais evidente a partir de 80 anos.

Dentre o grupo observado, 55% sofreram conseqüências pós-queda. Este resultado não apresenta significância estatística, visto que encontrou-se um valor p=0,3173. Destas, o declínio das atividades de vida diária (AVDs) foi a mais freqüente, representando 34,2% do total das conseqüências. Em seguida aparecem as fraturas e as hospitalizações, correspondendo a 27,8% e 20,2%, respectivamente. A literatura aponta a fratura como a conseqüência mais prevalente. Segundo Pereira (2001), 5% das quedas resultam em fraturas. De acordo com o estudo observacional de Fabrício e Rodrigues (2004), as fraturas representaram 64% das conseqüências pós-queda, tendo sido mais importantes que o declínio das AVDs.

Esta diferença de resultados se deve ao fato de que, no presente estudo, foram entrevistados idosos que sofreram quedas tendo ou não procurado atendimento médico. É importante ressaltar que muitos idosos que sofrem apenas declínio das AVDs não buscam

atendimento médico-hospitalar e só referem este dano quando interrogados. Já no estudo de Fabrício e Rodrigues (2004), os idosos foram selecionados a partir de prontuários médicos, constituindo uma amostra que sofreu mais conseqüências relacionadas a atendimento hospitalar como as fraturas.

Ademais, a população estudada referiu ainda como conseqüências pós-queda a imobilidade, a resposta depressiva e cirurgias diversas, representando, respectivamente, 8,9%, 5,1% e 3,8% do total de conseqüências. Para Guimarães (1989), a imobilidade constitui um relevante evento na evolução desses pacientes, devendo-se à perda de confiança em caminhar pelo temor de novas quedas.

Apesar de assaz ressaltado na revisão da literatura, o óbito relacionado a quedas não pôde ser avaliado neste trabalho, uma vez que os critérios de inclusão do mesmo só incluíam população viva.

5.3 FATORES DE RISCO INTRÍNSECOS

A) ALTERAÇÕES INERENTES AO ENVELHECIMENTO

Dentre as alterações inerentes ao envelhecimento, a mais encontrada foi a redução da visão, observada em 82% da população idosa abordada. Foi mais freqüente no sexo feminino e apresentou-se em proporções semelhantes nos três grupos de faixa etária – 60 a 69, 70 a 79 e acima de 80 anos. Pereira (2001) afirma que a diminuição da visão pode contribuir para a gênese das quedas em idosos por causar redução da percepção de distância, da visão periférica ou da adaptação ao escuro.

A segunda variável mais encontrada foi a alteração da memória, presente em 54 % dos idosos em estudo e mais freqüente naqueles acima de 70 anos. Guimarães (1989) considera que a perda da memória recente está associada a uma tendência de tropeçar em objetos esquecidos contribuindo para as quedas.

Em terceiro lugar, observou-se a presença de fraqueza muscular, que incidia sobre 52% da amostra, elevando sua freqüência proporcionalmente à idade. Segundo Pereira

(2001), as quedas podem ser resultado de distúrbios músculo-esqueléticos, como degenerações articulares com diminuição da amplitude dos movimentos e fraqueza muscular com diminuição da massa muscular.

Apesar de apontada na literatura, a deformidade dos pés apareceu como a variável menos prevalente nos participantes deste estudo, presente em 11% dos mesmos.

B) PATOLOGIAS ESPECÍFICAS.

No presente estudo, as patologias específicas mais encontradas foram aquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular, representando 42% do total de patologias específicas apresentadas e descritas pela população geriátrica estudada. Estas patologias mostraram-se mais freqüentes em todas as faixas etárias, aparecendo em 83,9% dos idosos entre 70 e 79 anos, em 61,1% dos com idade igual ou superior a 80 anos, e em 58,5% daqueles com 60 a 69 anos. Foram ainda mais observadas no sexo masculino, presentes em 67,5% deste, em relação ao sexo feminino – 55,5%. Pereira (2001) aponta, como grandes contribuintes para a ocorrência das quedas em idosos, as seguintes patologias cardiovasculares: hipotensão postural, crise hipertensiva, arritmias cardíacas, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, síncope vaso-vagal e insuficiência vértebro-basilar.

As patologias neurológicas estavam presentes em 25,7% da amostra, sendo mais prevalentes na faixa etária de 60 a 69 anos e no sexo masculino. Pereira 2001 descreve as patologias neurológicas como importantes variáveis para a ocorrência das quedas nos indivíduos de idade avançada. Aponta como principais: hematoma sub-dural, demência, neuropatia periférica, AVC e seqüela de AVC, acidente vascular cerebral isquêmico transitório, parkinsonismo, delirium, labirintopatias e disritmia cerebral. Guimarães (1989) concorda que as patologias neurológicas estão relacionadas a uma grande propensão de quedas em indivíduos idosos e aponta a demência e o parkinsonismo como as principais por levarem a alterações específicas da marcha.

As patologias endócrino-metabólicas representaram 20,7% do total de patologias específica encontradas nos idosos entrevistados. Apresentaram-se mais freqüentes entre as mulheres e na faixa etária compreendida entre 60 a 69 anos. Pereira (2001) destaca o hipotireoidismo e o hipertireoidismo, os distúrbios que cursam com hipoglicemia e hiperglicemia, e as desordens hidro-eletrolíticas como as maiores responsáveis pelo cair em idosos, neste grupo de patologias.

As patologias pulmonares, correspondendo a 10,7% das patologias específicas presentes na amostra, mostraram-se mais comuns no sexo masculino e nos idosos com idade igual ou superior a 80 anos. Pereira também acredita que as patologias pulmonares podem contribuir para a gênese das quedas em idosos, citando a DPOC e a embolia pulmonar como as principais.

C) MEDICAMENTOS

Dentre os medicamentos usados pela população geriátirca em estudo, os anti-hipertensivos foram os mais encontrados, equivalendo a 35,5% do total de remédios referidos. Foram os mais freqüentes em ambos os sexos, sendo utilizados por 65% dos homens e 57,1% das mulheres. Foram também os medicamentos mais usados por todas as faixas etárias pesquisadas. Guimarães (1989) aponta os anti-hipertensivos como uma das principais drogas envolvidas nas quedas em idosos, por causarem, frequentemente, hipotensão postural nestes pacientes.

A segunda classe de medicamentos mais utilizada por esta população foi a dos AINES, correspondendo a 19,5% do total de medicamentos interrogados. Estes medicamentos foram referidos por 35,1% dos idosos do sexo masculino e por 31,7% dos idosos do sexo feminino. Em seguida, estão os hipoglicemiantes (12,4%), os anti-arrítmicos e os diuréticos (7,1%) e os anti-depressivos (6,5%). Os diuréticos foram especialmente frequentes nos idosos com idade igual ou superior a 80 anos, sendo usados por 38,9% destes. Pereira (2001) acredita que os AINES, juntamente com os ansiolíticos, os hipnóticos, os antipsicóticos, os anticolinérgicos, os diuréticos, os anti-arrítmicos e os hipoglicemiantes seriam os principais medicamentos envolvidos com a ocorrência de quedas na população geriátrica.

A polifarmácia foi vista em 27% dos homens e em 16% das mulheres participantes do estudo. Já a ausência de uso de medicamentos foi verificada em 9,5% das mulheres. No sexo masculino, todos os idosos usavam, pelo menos, um tipo de medicação. Para Pereira (2001), a polifarmácia pode acarretar diversos efeitos colaterais, contribuindo para uma maior freqüência de quedas em idosos.

5.4. FATORES EXTRÍNSECOS – DOMICILIARES

O fator de risco ambiental mais comumente observado no domicílio dos idosos foi a ausência de corrimãos em corredores e banheiros, que correspondeu a 24,3% de todas os fatores extrínsecos encontrados. Pereira (2001) considera esta variável como um importante fator de risco para as quedas.

A ausência de corrimãos em banheiros e corredores pode ter apresentado-se mais freqüente que os demais fatores pela falta de orientação para a construção ou reforma dos domicílios onde residem idosos. Assim como em hospitais, deveria haver, nestas residências, a presença de corrimãos para auxiliar no equilíbrio e na deambulação dos idosos, evitando quedas. Harrison (2002) recomenda a presença de barras de segurança nos banheiros utilizados por idosos, que deveriam ficar junto ao vaso sanitário, chuveiro e banheira.

O segundo fator de risco extrínseco mais encontrado foi a presença de superfícies escorregadias, equivalendo a 16% do total de fatores de rico observados. Em seguida, verificou-se o uso de tapetes soltos, representando 11,8% do total. Harrison (2002) indica o uso de piso antiderrapante ou de cera antiderrapante na tentativa de se prevenir quedas recorrentes em idosos. Ademais, contra-indica a utilização de tapetes soltos, mas afirma que estes podem continuar a ser usados desde que suas bordas sejam grudadas ao chão.

Estes cuidados com o piso são medidas simples e que poderiam evitar a ocorrência de quedas na população geriátrica através de orientações adequadas e compatíveis com cada realidade, aos parentes e cuidadores destes.

A má iluminação correspondeu a 10,7% dos fatores extrínsecos arguidos. Harrison (2002) ressalta a importância de uma boa iluminação para a realização das AVDs pelos idosos, que necessitam do dobro de luminosidade quando comparados a indivíduos jovens. Este autor refere que uma luminosidade adequada aos indivíduos de idade avançada deve ser feita através de luzes não fracas e também não muito fortes e sem sombras. Recomenda a colocação de interruptores acessíveis nas entradas de todos os cômodos e, se possível, o uso de luz noturna no quarto, no corredor e no banheiro. Destaca ainda que as escadas devem ser bem iluminadas. Mais uma vez verificou-se, através de conversa com os idosos e seus cuidadores, a falta de orientações simples relacionadas ao ambiente de moradia desta população, seja por parte dos profissionais de saúde que os atenderam após as quedas, seja pela ausência de campanhas de saúde pública voltadas à profilaxia de quedas em idosos.

A presença de obstáculos diversos no caminho foi identificada, representando também 10,7% destes fatores de risco. Harrison (2002) refere que muitas quedas poderiam ser evitadas se houvesse sempre o cuidado de não se deixar pequenos objetos, brinquedos, fios, roupas e sapatos espalhados pelo chão.

As variáveis menos relatadas ou vistas, no lar dos idosos em estudo, foram a presença de animais pela casa, degraus altos ou estreitos e prateleiras altas ou baixas, representando, respectivamente, 9%, 8,2%e 7,9%. Este pequeno achado pode estar relacionado ao fato de apenas alguns dos domicílios visitados apresentarem animais, escadas ou prateleiras.

Correspondeu a 1,4%, a ausência de qualquer dos fatores de risco extrínsecos abordados no questionário. Este fato demonstra que a maioria dos lares visitados não está adaptada às condições de vida e saúde dos idosos que neles residem se não evitando, até mesmo favorecendo uma maior ocorrência de quedas por estes indivíduos. Ressalta-se ainda que estes fatores de risco extrínsecos ou domiciliares, diferentemente dos fatores de risco

intrínsecos - representados pelas alterações fisiológicas do envelhecimento, as patologias específicas e o uso de medicamentos -, são potencialmente evitáveis com maiores possibilidades de controle, através de medidas preventivas de nível primário de atenção à saúde.

6 CONCLUSÃO

- Na busca aleatória de indivíduos que preenchessem os critérios de inclusão deste estudo, encontrou-se uma população composta por um percentual maior de idosos do sexo feminino (63%), sendo a faixa etária mais acometida a de 60 a 69 anos.

- A maioria da amostra sofreu, pelo menos, algum tipo de conseqüência pós-queda (55%), porém este valor não apresenta significância estatística (p=0,3173). A conseqüência mais freqüente foi o declínio das AVDS, contrastando com os dados da literatura, segundo os quais as fraturas são mais comuns.

- Dentre as alterações inerentes ao envelhecimento, a mais encontrada foi a redução da visão, presente em 82% da amostra. A menos comum foi a deformidade dos pés, presente em 11% desta população.

- As patologias específicas mais prevalentes foram aquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular, representando 42% de todas as patologias pesquisadas e sendo mais freqüentes no sexo feminino.

- Os medicamentos mais usados pela amostra foram os anti-hipertensivos, correspondendo a 35,5% dos medicamentos utilizados. Foram as drogas mais freqüentes em ambos os sexos.

- A polifarmácia foi um fator importante, tendo sido verificada em 27% dos indivíduos do sexo masculino e em 16% daqueles do sexo feminino. Já a ausência do uso de medicamentos foi infrequente, não tendo sido observada no sexo masculino e tendo sido vista em apenas 9,5% das mulheres.

- Dentre os fatores de risco domiciliares pesquisados, o mais freqüente foi a ausência de corrimãos em corredores e banheiros, representando 24,3 % dos fatores extrínsecos pesquisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÂNCIO, A., CAVALCANTI, P.C.U. **Clínica Geriátrica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. p. 59 –70.

AZUL, L. G. C. C. S., CARVALHO FILHO, E. T., DÈCOURT, L. V. **Clínica do Indivíduo Idoso.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. p. 165 – 169.

CHAIMOWICZ, F. et al. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas entre idosos. **Rev. saúde pública,** v.34, n.06, p. 631 – 635, dez. 2000.

COUTINHO, E. S. F. , SILVA, S. D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde pública,** v.18, n.05, p.1359 – 1366, set – out. 2002.

FABRÍCIO, S. C. C. , RODRIGUES, R. A. P. , COSTA JR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. saúde pública,** v. 38, n. 01, p.93 – 99. 2004.

GAWRYSZEWSKI, V.P. et al. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Associação Médica Brasileira,** v. 50, n. 01, p.97 –103. 2004.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e Sintomas em Geriatria.** Rio de Janeiro: Revinter, 1989. p. 141 – 154.

ISHIZUKA, M. A. et al. Falls by elders with moderate levels of movement functionality. **Clinics,** v.60, n.01, p.41 –46, 2005.

HARRISON, T. R. et al. Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: MC Grow Hill, 2000. p. 41 –51.

PEREIRA, S.R.M. et al. **Projeto Diretrizes - Queda em idosos.** Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001

PERRACINI, M. R. , RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Ver. saúde pública,** v.36, n.06, p. 709 – 716, 2002.

RIERA, R. et al. Osteoporose – a importância da prevenção de quedas. **Rev. Brasileira de Reumatologia**, v. 43, n. 06, p. 364-368, nov-dez. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO

FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS DOMICILIARES ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM UM BAIRRO ESPECÍFICO DE BELÉM

Informações aos participantes

O objetivo geral deste estudo é realizar uma avaliação das conseqüências e fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados a quedas domiciliares em idosos residentes em um bairro específico da cidade de Belém.

O trabalho consistirá na visita aleatória de domicílios do bairro Umarizal até que se encontre um grupo de 100 participantes que preencham os critérios de inclusão, a saber: a) idade igual ou superior a 60 anos no momento da (s) queda (s); b) residentes no bairro citado acima e c) história de um ou mais episódios de quedas domiciliares nos últimos dois anos (janeiro de 2004 a janeiro de 2006).

Será aplicado, aos mesmos, um questionário visando averiguar a presença de conseqüências e de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos relacionados à ocorrência de quedas domiciliares em idosos.

Os participantes estarão divididos em três grupos etários: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais. A partir da obtenção dos dados abordados no questionário, será avaliada a ocorrência das quedas no último ano, relacionando-as à idade e sexo dos pacientes, o número de quedas por ano, fatores de risco domiciliares (ambientais) e intrínsecos, (peculiares à senilidade, patologias e uso de medicamentos que alteram o estado mental dos idosos) e a ocorrência de consequências.

Pelo presente **Termo de Consentimento**, declaro que fui informado (a) de forma clara, detalhada e por escrito, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa intitulada "FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS DOMICILIARES ENTRE IDOSOS EM UM BAIRRO DE BELÉM".

Fui informado (a) ainda:

a) Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
b) Da segurança de que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
c) Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
d) Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Nestes termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Belém/PA: ____/____/____

_____
Assinatura do participante

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO

FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS DOMICILIARES ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM UM BAIRRO ESPECÍFICO DE BELÉM

A) Identificação:

N. do protocolo:_____. Data da coleta:_____.
Nome: _____.
Sexo: _____. Estado civil: _____ .
Residência:_____.
Telefone:_____.

B) A queda:

- Qual a idade do idoso?
  ( ) Entre 65 e 74 anos.(_____).
  ( ) Entre 75 e 84 anos. (_____).
  ( ) Acima de 85 anos. (_____).

- Quantas vezes já caiu nos últimos dois anos? _____.

- Qual a circustância da queda? _____.

- Sofreu alguma conseqüência?
  ( ) Não.
  ( ) Sim.Qual?
  ( )Fratura (_____).
  ( )Hospitalização(_____).
  ( )Cirurgia(_____).
  ( ) Resposta depressiva (_____).
  ( ) Declínio nas AVDs (_____).
  ( )Imobilidade (_____).
  ( ) Institucionalização (_____).

C) Fatores de risco:

C.1) Fatores intrínsecos:

1 – Alterações fisiológicas do envelhecimento:

- Apresenta diminuição da visão (da percepção de distância, da visão periférica, da adaptação ao escuro)?
  ( ) Não.
  ( ) Sim. (_____)
- Apresenta diminuição da audição (não ouve sinais de alarme)?

( ) Não.
( ) Sim. (_____).

- Apresenta distúrbios vestibulares (vertigem posicional benigna, infecção ou cirurgia prévia de ouvido) ou proprioceptivos (doenças degenerativas levando a dificuldade em manter a base de sustentação) ?

( ) Não.
( ) Sim. (_____).

- Apresenta hipotensão postural?

( ) Não.
( ) Sim.

- Apresenta fraqueza muscular ou osteoartrose?

( ) Sim.
( ) Não.

- É sedentário?

( ) Não.
( ) Sim.

- Apresenta deformidade dos pés?

( ) Não.
( ) Sim.

- Apresenta anormalidades da marcha?

( ) Não.
( ) Sim.

- Apresentou perda de memória recente?

( ) Não.
( ) Sim.

2 – Patologias específicas:

- Apresenta patologia cardiovascular?

( ) Não.
( ) Sim. Qual?
( )Hipotensão postural. ( )Hipertensão arterial sistêmica. ( ) Arritmias cardíacas. ( )Doença arterial coronariana. ( )Insuficiência cardíaca congestiva. ( ) Queda súbita sem explicação e sem perda da consciência – dropp attack ( )Outras.

- Apresenta patologia neurológica?

( ) Não.
( ) Sim. Qual?
( )Demência. ( )Neuropatia periférica/diabete. ( )História ou seqüela de AVC. ( ) Parkinsonismo. ( )Labirintopatias. ( )Outras.

- Apresenta patologia endócrino-metabólica?

( ) Não.
( ) Sim. Qual?
( )Hipoglicemia. ( )Hiperglicemia.( )Hipotiroidismo.( ) Hipertiroidismo. ( )Distúrbios hidroeletrolíticos.

- Apresenta distúrbio pulmonar?

( ) Não.
( ) Sim? Qual?

( ) DPOC. ( ) História de embolia pulmonar.

3 – Medicamentos ou outras substâncias:

- Faz ou fazia uso (nos últimos dois anos) de:

( ) Antidepressivos.
( ) Anti-hipertensivos.
( ) Anticolinérgicos.
( ) Diuréticos.
( ) Anti-arrítmicos.
( ) Hipoglicemiantes.
( ) AINES.
( ) Polifarmácia – mais de 5 drogas.
( ) Tabaco.
( ) Cafeína.
( ) Álcool.

C.2) Fatores extrínsecos (ambientais - domiciliares):

- No domicílio há:

( ) Iluminação inadequada.
( ) Superfícies escorregadias.
( ) Tapetes soltos ou com dobras.
( ) Degraus altos ou estreitos.
( ) Obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, brinquedos, fios).
( ) Ausência de corrimãos em corredores e banheiros.
( ) Prateleiras excessivamente baixas ou elevadas.
( ) Presença de animais pela casa.