

RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS¹

Risk of falls in elderly

Danielli Possamai Della Furlaneto²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 11 mai. 2015
Aceito em: 22 jun. 2015

RESUMO: Estudo com objetivo de conhecer através de revisão bibliográfica o risco de quedas em idosos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, qualitativo, desenvolvido a partir de artigos científicos para auxiliar o público em geral a promover estratégias para promover a prevenção de possíveis quedas. As intervenções e cuidados preventivos devem associar fatores ligados ao controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional. Para o controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional qualificado.

Palavras-chave: Idosos. Acidentes por Quedas. Urgência. Emergência.

ABSTRACT: Study to know through literature review the risk of falls in the elderly. It is a bibliographical research, descriptive, qualitative, developed from scientific papers to help the general public to promote strategies to promote the prevention of possible falls. Interventions and preventive care should associate factors related to drug control, health education, exercise and physical activities, accessibility, maintenance of functional capacity. For the control of falls, it is necessary that the elderly receive multidisciplinary support qualified.

Keywords: Seniors. Accidents by fall. Urgency. Emergency.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento força o organismo a diversas alterações funcionais e anatômicas, com alterações nas condições de saúde do idoso, como efetiva redução na capacidade funcional.

¹ Artigo baseado na Monografia de Pós-graduação em nível de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

² Enfermeira. Pós-Graduada em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. E-mail: daniidella@gmail.com.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Criciúma, SC, Brasil. E-mail: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira. Mestre em Educação. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC. Endereço para correspondência: Maria Tereza Soratto. R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed Jatobá. Centro. Criciúma, SC, Brasil. Cep: 88.801-230. E-mail: guiga@unesc.net.

Tal mudança, no Brasil, implica elevação dos custos para o sistema de saúde, fazendo do envelhecimento um fenômeno que precisa de ampla discussão (AYRES, 2004).

Há décadas se observa o crescimento do número de pessoas que buscam atendimento em serviços de atenção às urgências e emergências. Os motivos são diversos, dentre eles a queda em idosos. Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade corporal (PEREIRA et al., 2001).

Além dos danos físicos, as quedas também podem ter repercussões psicológicas que se expressam pelo medo de cair novamente e pela perda de confiança na capacidade de deambular com segurança, principalmente nos idosos, o que pode levar à diminuição das atividades de vida diária, piora do declínio funcional, depressão e isolamento social (PEREIRA et al., 2001).

Conhecendo os riscos e a área que cada paciente possui podemos oferecer aos familiares e cuidadores uma assistência segura e de qualidade, para realização de práticas para a melhoria das suas ações de cuidado, assim podendo desencadear medidas preventivas, que permite auxiliar a diminuir as quedas e as lesões decorrentes dessa.

Os acidentes intra e extradomiciliares são a quinta causa de morte entre os idosos e as quedas são responsáveis por 70% dessas mortes acidentais.(PINHO et al 2005; SAFONS; PEREIRA; RODRIGUES, 2006).

Através disto, o estudo se justifica pela necessidade de reconhecer as limitações de cada paciente idoso, uma vez que poderá se orientar e definir o planejamento de intervenções preventivas a esse evento, e assim, contribuir para a segurança do paciente. A queda em idosos constitui-se em um problema grave que pode levar a complicações relacionadas às fraturas.

Com o intuito de auxiliar e promover estratégias para prevenção de posteriores urgências e emergência da população idosa, tem-se como objetivo: conhecer através de revisão bibliográfica o risco de quedas em idosos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo, qualitativo, desenvolvido a partir de artigos científicos publicados entre 2001 e 2014, revistas eletrônicas de saúde, indexados na Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS e Google acadêmico a fim de se identificar publicações recentes envolvendo o risco de queda na população idosa.

REFERENCIAL TEÓRICO

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde. O estatuto do idoso garante a esta população prioridade na formulação e na execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, cidadania, liberdade, dignidade, ao esporte, lazer, trabalho, respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2004).

No envelhecimento, ocorre uma deterioração geneticamente programada que envolve alterações neurobiológicas, estruturais, funcionais e químicas, bem como fatores ambientais e socioculturais, como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício, que incidem sobre o organismo (SANTOS; ANDRADE; BIENO, 2009).

Um termo muito utilizado no campo da Gerontologia é a capacidade funcional (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011). Tal característica é divulgada como uma ferramenta que compõe um dos parâmetros da qualidade de vida nesta população e é expressa por meio da independência funcional (habilidade para executar tarefas do cotidiano) e autonomia funcional (capacidade de decidir, delegar funções) sem que nas duas opções seja tão necessário o pedido de ajuda (MAIA et al., 2006; D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações se dão de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país já será o sexto do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO, GARCIA, 2003).

Embora esse crescimento seja um importante indicativo da melhoria da qualidade de vida, é bem conhecido que o processo de envelhecimento está atrelado a perdas importantes em inúmeras capacidades físicas, as quais culminam, inevitavelmente, no declínio da capacidade funcional e da independência do idoso para atividades cotidianas conhecidas como atividades básicas de vida diária (MAZO et al., 2007; REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007).

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

De acordo com o artigo 1º - a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 2010).

De acordo com o artigo 2º - da Política Nacional do Idoso considera-se idoso, a pessoa maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 2010).

A população em envelhecimento apresenta “desafios sociais, econômicos e culturais para indivíduos, famílias, sociedades e para a comunidade global”, devendo ocorrer planejamento para transformar os desafios em oportunidades (BRASIL, 2014, p.1). Nesta perspectiva o processo de envelhecimento da população brasileira segundo o portal da saúde em 2014, apresenta as seguintes características:

- População total composta por 201,5 milhões, sendo 26 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 13% da população total;

- Expectativa de vida média de 74,6 anos em 2012, sendo 77,7 anos para mulheres e 70,6 para os homens (IBGE – Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil de 2012);

- As doenças crônicas mais prevalentes nesta população: hipertensão (53%), artrites (24%), doenças do coração (17%), diabetes (16%), depressão (12%) e 69% da população idosa têm pelo menos uma dessas doenças;

- A capacidade funcional está relacionada a qualidade de vida: 75% independente para o autocuidado, 25% uma ou mais incapacidades, 4% acamados e 1% em instituições de longa permanência;

- A limitação funcional aumenta proporcionalmente com a idade: 28% das pessoas na faixa etária entre 60-69 anos tem limitação funcional, 42,5% entre 70-79 anos e 64% das pessoas com 80 anos ou mais apresenta alguma limitação funcional;

- Sobre o acesso a serviços de saúde: 74% população idosa é SUS e 70% cadastrada no Programa Saúde da Família, variando de acordo com a região (BRASIL, 2014).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional do Idoso possui os seguintes marcos legais:

- Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994 – Reafirma diretrizes previstas na Constituição Federal e cria o Conselho Nacional do Idoso.

- Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 1/10/2003 – Art 3º - “É obrigação da família, da comunidade, da Sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

- Lei nº 11.433 de 28/12/2006 - Institui o dia nacional do idoso celebrado no dia 1º de outubro de cada ano.

- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria nº 2.528 de 19/10/2006 – Tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim.

- Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa Idosa do Conselho Nacional de Saúde – acompanha a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso.

- Decreto Presidencial nº 8.114/2013 – Compromisso Nacional para Envelhecimento Ativo – Parceria entre as políticas públicas para monitorar ações desenvolvidas visando promoção do envelhecimento ativo e garantir a articulação entre órgãos e entidades públicas.

- Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral, lançado em 2014 (BRASIL, 2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento naturalmente promove modificações no corpo. No caso do idoso, é comum identificar parâmetros reduzidos da massa muscular que reduzem força, assim como os de densidade óssea, que enfraquecem o componente esquelético do indivíduo, fragilizando-o. (MURTAGH; HUBERT, 2004; VRIES et al., 2013).

Este processo está relacionado com a diminuição do equilíbrio, quedas, medo de cair, dependência, institucionalização e morte (BRASIL, 2010).

Estes aspectos refletem na sua postura, na maneira de andar, no equilíbrio, fatores que podem facilitar evento de queda (COPPIN et al., 2006; ASHBURN et al., 2008).

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, pois o envelhecimento traz várias alterações anatômicas e fisiológicas, tornando o idoso mais frágil e mais propenso a sofrer quedas (SIMOCELI et al., 2003).

Queda é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde do idoso. É uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz o indivíduo permanecer em um nível inferior (PERRACINI, 2005).

A ocorrência de quedas em idosos é um dos principais fatores de morbidade e mortalidade nessa população, porque acarreta perda de mobilidade, restrição social, dependência para realização de atividades de vida diária (AVD) e perda da autonomia (TILLING; DARAWIL; BRITTON, 2006; KENNY et al. 2011).

Pesquisas mostram que o evento é considerado o mecanismo de lesão mais freqüente entre idosos (cerca de 40%), seguido pelos acidentes automobilísticos (28% dos casos), além de atropelamentos (10%) e até mesmo ferimento com arma branca e de fogo (8%) (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006; FREITAS; SCHEICHER, 2008).

O alto custo associado ao tratamento das quedas acidentais em idosos, especialmente da fratura de quadril, tem se constituído como preocupação crescente para

o sistema de saúde (ROUDSARI et al., 2005; ARNDT; TELLES; KOWALSKI, 2011).

Além disso, as quedas apresentam consequências muitas vezes devastadoras para as pessoas idosas, tais como declínio na capacidade física e psicológica, maior risco de institucionalização, fragilização e morte (SPEECHLEY, 2011).

As quedas afetam aproximadamente 30% das pessoas com 60 anos ou mais a cada ano. A natureza multifatorial das quedas a caracteriza como sendo uma síndrome geriátrica complexa que envolve a interação de várias condições clínicas (TINETTI; KUMAR, 2010).

Os principais fatores de risco descritos na literatura são problemas de equilíbrio corporal e marcha, problemas visuais, uso de medicações psicoativas e polifarmácia, comprometimento nas atividades de vida diária (GANZ et al., 2007; TINETTI; KUMAR, 2010); declínio cognitivo (GANZ et al., 2007; TINETTI; KUMAR, 2010; MUIR; GOPAUL; MONTERO ODASSO, 2012); fraqueza muscular (TINETTI; KUMAR, 2010); artrites e dor (TINETTI; KUMAR, 2010; LEVEILLE et al., 2009); tontura (MORAES et al., 2013), diabetes (TINETTI; KUMAR, 2010; MUIR; GOPAUL; MONTERO ODASSO, 2012; PIJPERS et al., 2012) e incontinência urinária (TINETTI; KUMAR, 2010).

Dentre as dificuldades encontradas pelos idosos, destacam-se as quedas, uma vez que constituem o mais sério e frequente acidente que ocorre com idosos e a principal etiologia de morte acidental em pessoas desta faixa etária (BUKSMAN et al., 2008).

A queda pode ser definida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. Afirma-se ainda que as quedas possam ser manifestações de patologias existentes, resultantes da interação entre diversos fatores que comprometem a estabilidade do indivíduo, tais como: fatores ambientais, fisiológicos, psicossociais e biomédicos (PERRACINI; RAMOS, 2002; GUIMARÃES et al., 2004).

As quedas e suas conseqüentes lesões estão associadas à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da morbimortalidade dos idosos, por isso constituem um problema de saúde pública de grande impacto social e econômico (RIBEIRO et al., 2008).

Uma pesquisa apontou que aproximadamente 88% dos idosos pesquisados que sofreram quedas têm medo de cair de novo, mostrando a possibilidade de o indivíduo restringir algumas tarefas por conta desta sensação e, por isso, ficarem suscetíveis a novas quedas (LOPES et al., 2009).

Apesar do forte impacto dos fatores intrínsecos e doméstico descritos na literatura, as quedas também podem ser influenciadas por fatores sociais (BRASIL, 2006).

A queda, apesar de ser um fator externo ao indivíduo, decorre, na velhice, da junção de todos os fatores já citado que contemplam a chamada "incapacidade funcional". Apresenta importância relevante no cenário do envelhecimento populacional por acometer número representativo neste grupo (GILLESPIE et al., 2009; GRANACHER et al., 2013). Sua recorrência (que também é comum) gera déficits que impactam fisicamente no

processo de fragilização e compromete aspectos psicossociais do idoso (VRIES et al., 2013; WHO, 2007).

Para os idosos, as quedas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-los a incapacidade e morte. Seu custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização (FABRICIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

As dificuldades ou incapacidades encontradas pelos idosos os deixam mais dependentes do auxílio de outras pessoas para tarefas simples como sair de casa sozinho, progredindo para as tarefas de autocuidado como tomar banho ou ir ao banheiro sozinho. O fato de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos e baixa qualidade de vida (OZCAN et al., 2005; BORGES; MOREIRA, 2009).

A dependência por si só, entretanto, não constitui evento negativo. Em diferentes etapas da vida, a pessoa pode ou não ser dependente, temporária ou definitivamente (SILVA et al., 2008).

A dependência se configura mais relevante quando surge em decorrência de eventos ocorridos em fases mais avançadas da vida, como na velhice, e as atividades básicas de vida diária são afetadas por essa dependência (CABRAL et al., 2013).

Os principais fatores predisponentes encontrados na maioria dos estudos são: idade igual ou superior a 75 anos, sexo feminino, presença de declínio cognitivo, inatividade, fraqueza muscular e distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou mobilidade, quedas anteriores com ou sem fraturas, comprometimento para realizar atividades de vida diária e o uso de medicamentos, entre outros (PERRACINI; RAMOS, 2002; LAJOIE; GALLAGHER, 2004).

A prevalência de quedas tem sido associada com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde como ruim e maior consumo de medicações variadas de uso contínuo (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006).

Em pesquisa realizada com idosos institucionalizados, observou-se que o maior fator de risco ligado à queda é o número de doenças crônicas. Também se notou que incontinência urinária, polifarmácia, antidepressivos e arritmias atuam como situações de risco nesse ambiente (AIKAWA; BRACIALLI; PADULA, 2006).

O sono adequado e o cochilo durante o dia parecem estar relacionados ao evento da queda. Um dos estudos mostrou que a insônia e o cochilo diurno são prováveis fatores. Estudo realizado com mais de 600 idosos mostrou uma prevalência de sintomas de insônia em quase metade dos participantes (49%) que sofreram quedas. Entre os que relatavam cochilar durante o dia, a prevalência foi de 62% (PEREIRA; CEOLIM; NERI, 2013).

Na revisão de literatura encontra-se o perfil de saúde dos idosos que caem inclui a hipertensão arterial sistêmica (HAS), insuficiência coronária, osteoporose e redução da

acuidade visual gerada pela catarata. A diabetes mellitus apresenta consequências como decréscimo da função sensoriomotora, déficits neuromusculares e musculoesqueléticos e complicações farmacológicas. Em decorrência disso, a doença tem sido referenciada como de risco para quedas (GARCIA; LEME; GARCEZ-LEME, 2006; PAYNE et al., 2013; CREWS et al., 2013).

No que diz respeito ao ambiente doméstico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) notificou que fatores como escadas irregulares, diferentes relevos de piso no mesmo ambiente, escadas com degraus mal projetados, ambientes externos ao redor da casa que, com a chuva (ou neve), apresentam o piso escorregadio, todos associados com baixa iluminação, são fatores que contribuem para a ocorrência de queda (WHO, 2007).

Tem sido sugerido que idosos que apresentam habilidade reduzida no controle postural, aumentando sua predisposição para a queda (MELZER; BENJUJA; KAPLASNSKI, 2004).

Estudos estimam que 60 a 70% das quedas em idosos ocorrem dentro de seus lares e esta proporção pode aumentar com o passar da idade, observada em indivíduos acima de 75 anos. Dentre as quedas que geram fratura de fêmur, um estudo verificou que 30% deste público morre em até um ano (FREITAS; SCHEICHER; 2008; ROSSINI et al., 2010).

A queda, entre os diagnósticos de admissão em hospitais, é um dos motivos que mantêm por mais tempo o indivíduo internado, fato este que gera mais gasto para a saúde pública. Entre alguns países do norte da América e Europa, verificou-se que o tempo de permanência no hospital costuma variar de quatro a 15 dias. Isso se prolonga ainda mais em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos cujas políticas de saúde sofrem com falta de suporte financeiro e estratégias eficazes para tornar disponível um tratamento adequado (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; FREITAS; SCHEICHER, 2008).

Existem ainda fatores sociodemográficos, como a institucionalização, que representa um fator de risco para quedas por denotar um caráter de atenção e suporte a idosos fragilizados na grande maioria. Mesmo que o idoso institucionalizado não esteja fragilizado por algum distúrbio orgânico, muitas vezes o isolamento, o abandono e o grau de inatividade física contribuem para a propensão a quedas, por acelerar o curso do envelhecimento (JAMET et al., 2004; SOARES et al., 2003).

Segundo a percepção dos idosos e familiares, a dificuldade ou dependência para sentar e levantar, caminhar na superfície plana, tomar banho e caminhar fora de casa são algumas das consequências mais impactantes da queda (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; FABRÍCIO; RODRIGUES, 2006).

O medo pode tornar-se um ciclo vicioso à medida que o indivíduo sofre a queda, fica apreensivo, para de movimentar-se com a desenvoltura anterior e assim reduz o equilíbrio e a mobilidade, predispondo-se a cair novamente. O medo de cair também está relacionado com pessoas que não sofreram nenhum episódio de queda (FABRÍCIO;

RODRIGUES, 2006; LOPES et al., 2009).

Abaixo as principais causas de quedas, peso da evidencia e tipo de queda segundo Perracini (2005).

Fatores	Peso da evidencia e tipo de queda
Sociodemográficos	
Sexo feminino	Alto (acidentais, recorrentes e com lesões sérias)
Idade > ou = 75 anos	Alto (acidentais, recorrentes e com lesões sérias)
Ausência de cônjuge	Baixo (recorrentes)
Raça branca	Baixo (com lesões sérias)
Baixa renda	Baixo (acidentais)
Morar sozinho	Baixo (com lesões sérias)
Psicocognitivos	
Declínio cognitivo	Alto (acidentais, recorrentes)
Depressão	Baixo (acidentais)
Medo de Cair	Baixo (recorrentes)
Condições de saúde/doença crônica	
AVC prévio	Alto (acidentais, recorrentes)
Diabete	Baixo (acidentais)
Queixa de tontura	Médio (acidentais e recorrentes)
Hipotensão postural	Baixo (recorrentes)
Baixo índice de massa corporea	Médio (acidentais, com lesão sérias)
Anemia	Baixo (com lesões sérias)
Insônia	Baixo (recorrentes, com lesões sérias)
Incontinência ou urgência miccional	Médio (recorrentes, com lesões sérias)
Artrite/artrose	Baixo (acidentais)
História prévia de quedas	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
História prévia de fraturas	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Neuropatia	Baixo (com lesões sérias)
Funcionalidade	
Comprometimento em AVD	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Necessidade de dispositivo de auxilio a marcha	Baixo (acidentais)
Inatividade	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Comprometimento sensorial	
Comprometimento visual	Moderado (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Equilíbrio corpóreo, marcha e mobilidade	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Distúrbio Neuromuscular	
Fraqueza muscular de MMII	Alto (acidentais, recorrentes)
Fraqueza muscular de preensão	Alto (acidentais, recorrentes, com lesões sérias)
Diminuição de reflexos	Baixo (acidentais)
Dor em joelho ou quadril	Baixo (acidentais)
Problemas nos pés	Baixo (acidentais)
Tempo de reação	Baixo (com lesões sérias)
Uso de medicações	
Psicotrópicas: benzodiazepínicos	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Bloqueadores de canal de cálcio	Baixo (com lesões sérias)
Analgésicos	Baixo (com lesões sérias)
Número de medicações	Alto (recorrentes, com lesões sérias)
Condição médica prévia	
Hospitalizações	Baixo (acidentais)

Se alto: fator presente na maioria dos estudos; se moderado: fator presente em boa parte dos estudos, mas

não na maioria, e se baixo: fator presente em 1 ou 2 estudos apenas. Fonte: Perracini (2005).

O controle do equilíbrio requer a manutenção do centro de gravidade sobre a base de sustentação durante situações estáticas e dinâmicas. Esse processo ocorre de forma eficaz pela ação, principalmente dos sistemas visual, vestibular e somatossensorial. Com o envelhecimento, esses sistemas são afetados e várias etapas do controle postural podem ser suprimidas, diminuindo a capacidade compensatória do sistema, levando a um aumento da instabilidade (RUWER; ROSSI; SIMON, 2005).

Prevenir quedas sempre será a opção mais eficaz e barata. Estudos mostram que as intervenções multifacetadas apresentam maiores chances de promover a conscientização na população de idosos. A atividade física atua como grande método de prevenção e pode ser adaptada aos déficits que já estejam presentes no idoso, como treino de marcha, de equilíbrio, cuidados com hipotensão postural e transferências (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004; FREITAS; SCHEICHER, 2008; GRANACHER et al., 2013).

Ainda que o trabalho preventivo seja enfatizado como proposta determinante na redução das quedas, verificam-se algumas barreiras na implantação efetiva desse tipo de programa. É visto que idosos ainda têm dificuldade para reconhecer e conscientizar-se sobre os fatores de risco para quedas, e relatam muito pouco sobre essas questões aos médicos. Assim, muitas estratégias de prevenção acabam sendo negligenciadas, até que uma desordem física relevante, ocasionada por uma queda, possa ser um fator que estimule o idoso a se tratar (CHOI; HECTOR, 2012; GRANACHER et al., 2013).

Estudo de revisão sobre prevenção de quedas em idosos da comunidade aponta que a assistência multifatorial reduz as chances de quedas, porém ainda são pouco conclusivas em estudos de risco. O suporte dado no domicílio quanto à segurança do ambiente e aspectos ergonômicos, junto ao trabalho de exercícios físicos, é um exemplo de bons resultados na prevenção de quedas, principalmente quando se trata de idosos mais dependentes e com menor acuidade visual (GILLESPIE et al., 2009).

Vários testes têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar funcionalmente o equilíbrio e marcha e na busca de se estabelecer parâmetros para identificação de idosos com maior suscetibilidade. Dentre eles, destacam-se: Timedup go test (Podsiadlo & Richardson, 1991), a escala de equilíbrio de Berg (Berg functional balance scale, Berg et al., 1992) o Poma – Performance-oriented mobility assessment (Tinetti, 1986, 1988), o Functional reach e o Dynamic gait index (Schumway-Cook et al., 1997) (PERRACINI, 2005).

Evitar o evento queda é considerado hoje uma conduta de boa prática geriátrico-gerontológica, tanto em hospitais quanto em instituições de longa permanência, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idoso (PERRACINI, 2005).

Intervenções são recomendadas para tratamento de fatores de risco/causas de quedas em idosos segundo Perracini (2005).

Fator de Risco ou Causa Presente	Intervenção
---	--------------------

Fraqueza muscular de MMII	Programa de fortalecimento muscular de quadríceps e dorsiflexores de tornozelo. Exercícios excêntricos são recomendados.
Distúrbio de equilíbrio	Treino de equilíbrio em relação a: integração das informações sensoriais, controle dos limites de estabilidade, controle da rotação de tronco e eficácia das estratégias motoras. Recomenda-se a prática de Tai Chi.
Distúrbios de marcha	Adequação e/ou prescrição de dispositivos de auxílio a marcha.
Déficit visual	Adequação de lentes corretivas. Visita ao oftalmologista. Evitar o uso de lentes bifocais. Acompanhamento cuidadoso do equilíbrio corpóreo após cirurgia de catarata.
Déficit auditivo	Prescrição e uso adequados do aparelho de amplificação sonora.
Hipotensão postural: diminuição sintomática de 20 mmHg na PA sistólica mensurada entre 1 a 5 minutos após ficar de pé a partir da posição deitada ou sentada	Revisão da medicação, elevação da cabeceira da cama, orientação de movimentos de MMII antes de se levantar.
Uso de medicações psicotrópicas	Rever a necessidade de uso de antipsicóticos, antidepressivos e benzodiazepínicos (curta e longa duração). Prescrever um número reduzido de medicações e pesquisar o uso de medicações sem prescrição médica.
Presença de riscos ambientais	Modificação ambiental só foi eficaz na redução das quedas quando realizada após avaliação feita por profissional de terapia ocupacional e depois fornecidas as adaptações necessárias.
Presença de queixa de tontura	Inquérito sobre tontura. Se houver presença de quadro de tontura (vertigem, cabeça oca, flutuação, afundamento etc.), encaminhar ao otoneurologista. Se for diagnosticada síndrome vestibular, implementar reabilitação vestibular.
Necessidades específicas nas eliminações	Evitar ingestão hídrica antes de dormir. Acender a luz para ir ao banheiro durante a noite ou deixar luz noturna acesa. Utilização de fraldas noturnas. Realizar reabilitação funcional do assoalho pélvico
Distúrbios de comportamento (agitação psicomotora, confusão mental)	Avaliar se há presença de quadro de estado confusional agudo. Adequar o ciclo vigília-sono. Implementar medidas de higiene do sono. Evitar eventos estressores. Usar terapia de validação. Evitar restrição física ou medicamentosa. Vigilância contínua.
Doença de Parkinson, acidente vascular encefálico, artrite, neuropatias, demência	Manejo farmacológico específico. Fisioterapia especializada
Distúrbio de atenção: dificuldade e, dupla tarefa (motora e cognitiva concomitantes)	Avaliação específica do desempenho por meio do Timedup GO modificado. Treino de equilíbrio associado ao treino cognitivo.

Fonte: Perracini (2005).

As intervenções recomendadas constituem-se em política pública indispensável, não só porque a queda afeta de maneira desastrosa a vida dos idosos e de suas famílias, como também porque drena montantes expressivos de recursos econômicos no tratamento de suas consequências (PERRACINI, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos testes têm sido realizados com objetivo de avaliar de forma funcional e sistemática vários quesitos em idosos como atividades do dia a dia, como: ficar de pé, levantar-se, andar, inclinar-se, transferir-se, virar-se, entre outras.

É muito importante que profissionais de saúde que atuam diretamente com o público idoso conheçam o tema “quedas” nessa população. Uma vez que as intervenções e cuidados preventivos indicam associação de fatores ligados aos diversos aspectos, como controle medicamentoso, educação em saúde, exercícios e atividades físicas, acessibilidade, manutenção da capacidade funcional, entre outros, logo se conclui que, para atingir o ponto ideal de controle de quedas, é preciso que o idoso receba suporte multiprofissional.

Cabe então aos profissionais da área atentar para esse cenário, cada qual atuando em suas especificidades, e todos colaborando para a melhor condição de vida dos indivíduos idosos.

REFERÊNCIAS

AYRES, JR. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 8, nº 14, fev. 2004.

AIKAWA, AC; BRACIALLI, MP; PADULA, RS. Efeitos das alterações posturais e de equilíbrio estático nas quedas de idosos institucionalizados. **Rev.Ciênc.Méd.** v. 15, nº 3, p.189-96, 2006.

ARNDT, Ângela Barbosa Montenegro; TELLES, José Luiz; KOWALSKI, Sérgio Cândido. O Custo Direto da fratura de fêmur por quedas em pessoas idosas: análise no Setor Privado de Saúde na cidade de Brasília, 2009. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, nº 2, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

ASHBURN, A. et al. The circumstances of falls among people with parkinson's disease and the use of falls diaries to facilitate reporting. **Disabil Rehabil.**, v. 30, nº 16, p. 1205-12, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento Populacional: conquistas e desafios**, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/14910-1-de-outubro-dia-nacional-e-internacional-do-idoso>>. Acesso em: 9 mai. 2015.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Brasília: MS, 2010. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BORGES, MRD; MOREIRA, AK. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz Rev EducFís**, v. 15, nº 3, p. 562-73, 2009.

BUKSMAN, S. et al. **Quedas em idosos**: Prevenção. Projeto diretrizes. Brasília: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008.

CABRAL, KN. et al. Effectiveness of a multifactorial falls prevention program in communitydwelling older people when compared to usual care: study protocol for a randomised controlled trial (Prevquedas Brazil). **BMC Geriatr**, v. 13, p. 1-7, mar. 2013.

CARVALHO, JAM; GARCIA, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, v. 19, nº 3, p. 725-33, 2003.

CREWS, RT. et al. A growing troubling triad: diabetes, aging, and falls. **J Aging Res**, v. 3, p.1-6, 2013 Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586503>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

CHOI, M; HECTOR, M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. **J Am Med Dir Assoc**, v. 13, nº 2, p. 188-13, fev. 2012.

COPPIN, AK. et al. Association of executive function and performance of dual-task physical tests among older adults: analyses from the InChianti study. **Age ageing** v. 35, nº 6, p. 619-24, nov. 2006.

D'ORSI, E; XAVIER, AJ; RAMOS, LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem os idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, nº 4, p. 685-92, 2011.

FABRÍCIO, SCC; RODRIGUES, RAP; COSTA JUNIOR, ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, nº 1, p. 93-9, 2004.

FABRÍCIO, SCC; RODRIGUES, RAP. Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. **Rev Enferm UERJ**, v. 14, nº 4, p. 531-7, out/dez. 2006.

FIGUEIREDO, KMOB; LIMA, KC; GUERRA RC. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev. Bras. Cineantrop. Desempenho. Hum.**, v. 9, nº 4, p. 408-13, 2007.

FREITAS, MAV; SCHEICHER, ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 11, nº 1, p. 57-64, 2008.

GANZ, DA et al. Will my patient fall? **Jama**, v. 297, nº 1, p. 77-86, 2007.

GARCIA, R; LEME, MD; GARCEZ-LEME, LE. Evolution of brasilian elderly with hip fracture secondary to a fall. **Clinics**, v. 61, nº 6, p. 539-44, dez. 2006.

GRANACHER, U. et al. The importance of trunk muscle strength for balance, functional performance, and fall prevention in seniors: a systematic review. **Sports Med**, v. 43, nº 7, p. 627-41, jul. 2013.

GILLESPIE, LD. et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. In: **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. Hoboken, NJ: John Willey & Sons, Ltd. C 2009. 73 p. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD007146&lib=COC>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

GUIMARÃES, LHCT. et al. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **RevNeurocienc**, v. 12, nº 2, p. 68-72, 2004.

JAMET, M. et al. Higher visual dependency increases balance control perturbation during cognitive task fulfilment in elderly people. **Neurosci Lett**, v. 359, nº 1-2, p. 61-4, 2004.

KENNY, RA et al. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. **J Am Geriatr Soc**. v. 59, nº 1, p. 148-57, 2011.

LAJOIE, Y; GALLAGHER, SP. Predicting falls within the elderly community: comparison of postural sway, reaction time, the Berg balance scale and the Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale for comparing fallers and non-fallers. **ArchGerontolGeriatr**, v. 38, nº 1, p. 11-26, 2004.

LEVEILLE, SG et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. **Jama**, v. 302, nº 20, p. 2214-21, nov.2009.

LOPES, KT. et al. Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **RevBrasFisioter**, v. 13, nº 3, p. 223-9, 2009.

MAIA, FOM. et al. Risk factors for mortality among elderly peoples. **Rev Saúde Pública**, v. 40, nº 6, p. 2-7, 2006.

MAZO, GZ. et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **RevBrasFisioter**, v. 11, nº 6, p. 437-42, 2007.

MELZER, I; BENJUJA, N; KAPLANSKI, J. Postural stability in the elderly: a comparison etween fallers and non-fallers. **Age Ageing.**, v. 33, nº 6, p. 602-7, 2004.

MUIR, SW; GOPAUL, K; MONTERO ODASSO, MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. **Age Ageing**, v. 41, nº 3, p. 299-308, mai. 2012.

MORAES, SA. et al. Prevalence and correlates of dizziness in community-dwelling older people: a cross-sectional population-based study. **BMC Geriatr.** v. 13, p. 1-6, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/4>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

MURTAGH, KN; HUBERT, HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. **Am J Public Health**, v. 94, nº 8, p. 1406-11, ago. 2004.

OZCAN, A. et al. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. **BMC Public Health**, v. 5, nº 90, 2005.

PAYNE, RA. et al. Association between prescribing of cardiovascular and psychotropic medications and hospital admission for falls or fractures. **Drugs Aging** v. 30, nº 4, p. 247-54, abr. 2013.

PEREIRA, SEM et al. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes. **Quedas em idosos**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2001.

PEREIRA, AA; CEOLIM, MF; NERI, AL. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. **Cad Saúde Pública**, v. 29, nº 3, p. 535-46, mar. 2013.

PERRACINI, MR; RAMOS, LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**, v. 36, nº 6, p. 709-16, 2002.

PERRACINI, MR. **Prevenção e manejo de quedas no idoso**. Portal Equilíbrio e Quedas em idosos, 2005. Disponível em: <<http://www.pequi.incubadora.fapesp.br>>. Acesso em: 01 set. 2014.

PINHO, L. et al. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e do tornozelo em idosos que sofrem quedas. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 9, nº 1, p. 93-99, 2005.

PIJPERS, E. et al. Older individuals with diabetes have an increased risk of recurrent falls: analysis of potential mediating factors: the longitudinal ageing study Amsterdam. **Age Ageing**, v. 41, nº 3, p. 358-65, mai. 2012.

REBELATTO JR; CASTRO, AP; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. **Acta. Ortop. Bras**, v. 15, nº 3, p. 151-4, 2007.

RIBEIRO, AP. et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Cien. Saude. Colet**, v. 13, nº 4, p. 1265-1273, 2008.

ROSSINI, M. et al. Risk factors for hip fracture in elderly persons. **Reumatismo**, v. 62, nº 4, p. 273-82, 2010.

ROUDSARI, BS et al. The acute medical care costs of fall-related injuries among the U.S. older adults. **Injury**, v. 36, nº 11, p. 1316-22, nov. 2005.

RUWER, Sheelen Larissa; ROSSI, Angela Garcia; SIMON, Larissa Fortunato. Equilíbrio no idoso. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 71, nº 3, p. 298-303, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[72992005000300006&Ing=en&nrm=iso](#)>. Acesso em: 10 mai. 2015.

SAFONS, MP; PEREIRA MM; RODRIGUES, JFA. Efeitos do “Programa Melhor Idade Brasil elecom” de condicionamento físico sobre a força dos membros inferiores de praticantes idosos. **Rev Digital**, v. 11, nº 98, jul. 2006.

SANTOS, FH; ANDRADE, VM; BUENO, OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol.estud**, v. 14, nº 1, p.3-10, jan./mar. 2009.

SILVA, A. et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Rev.Bras.Med.Esporte**, v. 14, nº 2, p. 88-93, 2008.

SIMOCELI, Lucinda et al . Perfil diagnóstico do idoso portador de desequilíbrio corporal: resultados preliminares. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 69, nº 6, p. 772-777, dez. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000600008&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2015.

SPEECHLEY, M. Unintentional falls in older adults: a methodological historical review. **Can J Aging**, v. 30, nº 1, p. 1-12, mar. 2011.

SOARES, Wuber Jefferson de Souza et al . Factors associated with falls and recurrent falls in elderly: a population-based study.**Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, nº 1, Mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100049&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2015.

SOARES, AV. et al. Estudo comparativo sobre a propensão de quedas em idosos institucionalizados e não-institucionalizados através do nível de mobilidade funcional. **Fisioterapia Brasil**, v. 4, nº 1, p. 12-6, 2003.

TILLING, LM; DARAWIL, K; BRITTON, M. Falls as a complication of diabetes mellitus in older people. **J Diabetes Complications.**, v. 20, nº 3, p. 158-62, 2006.

TINETTI, ME; KUMAR, C. The patient who falls: “it’s always a trade-off”. **J Am Med Assoc**, v. 303, nº 3, p. 258-66, jan. 2010.

VRIES, JO. et al. Does frailty predict increased risk of falls and fractures? A prospective population-based study. **OsteoporosInt**, v. 24, nº 9, p. 2397-403, 2013.

WHO. World Health Organization. **Global report on falls prevention in older age**. France: WHO; 2007.