

CARACTERÍSTICAS DOS RISCOS PARA QUEDAS ENTRE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA*

CHARACTERISTICS OF FALL RISKS AMONG THE ELDERLY IN A FAMILY HEALTH UNIT

CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS DE CAÍDAS PARA ANCIANOS DE UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Maria José Sanches Marin¹
Nadia Cecília Castilh²
Joice Mayumi Myazato²
Pamela Cristine Ribeiro²
Darlene Vieira Candido²

RESUMO

As quedas entre os idosos representam um importante problema de saúde pública, tendo em vista sua contribuição para a morbidade e a mortalidade dessa população. Considerando que elas são passíveis de prevenção e que, ao adotar medidas de intervenção, o reconhecimento da situação é um aspecto importante, neste estudo propõe-se caracterizar os riscos para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF). O estudo foi realizado com 65,3% da população de idosos da área n= 301, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas no próprio domicílio do idoso, utilizando um instrumento contendo questões referentes aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas, além do “Miniexame do estado mental” (MEEN) e do instrumento Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Os idosos que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília. Os resultados apontam para o maior número de mulheres 186 (61,8%) expostas aos fatores de risco. Os idosos apresentam riscos intrínsecos, como a inatividade, múltiplas patologias, uso de vários medicamentos, insônia, equilíbrio e marcha prejudicados, e extrínsecos, com destaque para o piso escorregadio, a presença de escadas/degraus e calçados inadequados para a idade. Nesse contexto, considera-se a necessidade de ações individuais e coletivas envolvendo a atuação interdisciplinar e intersetorial, o que representa um desafio diante do atual modelo de atenção.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas; Saúde do Idoso; Fatores de Risco; Medicina de Família e Comunidade. Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Falls of the elderly represent an important health problem, which contribute to morbidity and mortality. These accidents can be prevented mainly by intervention, such as recognizing the situation. This research aims at characterizing the risk of falls among the elderly in a Family Health Unit (FHU) area. This study has been carried out with 65.3% of the elderly population in the area, n=301. The data was collected through interviews at the home of the elderly, using an instrument with questions referring to the intrinsic and extrinsic risk factors for falls, as well as the Mini Mental State Examination (MMSE) and the POMA instrument (Performance Oriented Mobility Assessment). The elderly who have taken part on this study have signed a free informed consent approved by the Human Research Ethics Committee from the School of Medicine of Marília. The results show that a greater number of women, 186 (61.8%), are exposed to risk factors. The elderly have inherent risks, such as inactivity, various pathologies, use of several drugs, insomnia, handicapped balance and walking; outstanding extrinsic risks for falls by the elderly are slippery floors, steps, and shoes that are inappropriate for their age. In this context, individual and collective actions are necessary: they must be multidisciplinary and multisectorial. This is a challenge to the current care pattern.

Key words: Accidental Falls; Elderly Health; Risk Factors; Family Practice. Family Health Program

RESUMEN

Las caídas de los ancianos son un serio problema para la salud pública debido a la incidencia en su morbilidad y mortalidad. Considerando que pueden prevenirse si se adoptan medidas de intervención, el reconocerlo es un aspecto importante. En este estudio la propuesta es caracterizar los riesgos para las caídas de los ancianos incluidos en el área de alcance de una unidad de salud de la familia (USF). El estudio fue realizado con el 65,3% de la población de ancianos del área n= 301, la recogida de datos se efectuó mediante entrevistas en sus domicilios, utilizando un instrumento con preguntas sobre los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos para caídas, además del Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) y del instrumento Performance Oriented Mobility Assessment (POMA). Los ancianos que participaron firmaron el Término de Consentimiento Informado, aprobado por el Comité de Ética e Investigación con Seres Humanos de la Facultad de Medicina de Marília. Los resultados señalan que el número de mujeres, 186 (61,8%), expuestas a los factores de riesgo es superior al de los varones. Los ancianos presentan riesgos intrínsecos tales como inactividad, múltiples patologías, uso de varios medicamentos, insomnio, falta de equilibrio y poca estabilidad para caminar al igual que riesgos extrínsecos principalmente suelos resbalosos, peldaños y escaleras, calzado inadecuado para su edad, entre otros. Dentro de este contexto, se considera la necesidad de tomar medidas individuales y colectivas que incluyan la actuación interdisciplinaria e intersectorial, todo un reto para el modelo de atención actual.

Palabras clave: Accidentes por Caídas; Salud del Anciano; Factores de Riesgo; Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Salud de la Familia

* Parte do projeto “Os idosos precisam de cuidados especiais: uma proposta de planejamento em Programa de Saúde da Família, financiado pela FAPESP” – Processo: 06/54664-3.

¹ Enfermeira. Doutora. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em Nível de Pós Doutorado da Universidade Federal de São Paulo e Docente da Disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, Brasil.

² Alunas do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes n° 1886, Jardim Itamaraty, Marília-SP, Brasil – CEP: 17514-000.

Fone: 0xx14-34138874.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é uma realidade sem retrocesso e que preocupa países do mundo todo. A população de idosos que, em 1950, era de 8%, em 2000 passou para 10% e a projeção para 2050 é de 21% de idosos entre a população geral. A população idosa mundial cresce 2% ao ano, índice consideravelmente mais alto do que o da população de jovens. No Brasil, a expectativa de vida subiu para 71,3 anos em 2003. Foi um aumento de 0,8 anos em relação à de 2000 (70,5 anos).^{1,2}

As pessoas envelhecidas, mesmo as que não possuem doenças, debilitam-se paulatinamente, dadas as alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida.

Entre os fatores que têm contribuído para agravar as condições de saúde e de vida da população idosa, destacam-se as quedas, que constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos.³ Comumente, as quedas acontecem com os idosos em decorrência de alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, da presença de doenças, com conseqüente uso de medicamentos diversos, e dos fatores ambientais, como escadas, tapetes, piso escorregadio e uso de calçados inadequados, cujos riscos tendem a ser ignorados tanto pelos idosos quanto pelos familiares.⁴

Chama a atenção o fato de as quedas serem um marcador para o surgimento de outros problemas, não podendo ser vistas de forma independente ou isolada, mas, sim, como uma situação que deve ser investigada na sua multiplicidade.

Estudos comprovam que, no período de um ano, pelo menos um terço de dada população idosa sofrerá quedas, cujas conseqüências recebem Classificação⁵ em leves (lacerações sem suturas e escoriações), moderadas (lacerações com suturas) e graves (diversos tipos de fraturas), podendo levar o idoso à incapacidade severa e até à morte.⁶ Os estudos mostram, ainda, que 10% a 15% dos idosos apresentam lesões significativas após as quedas.⁷

Dados semelhantes foram encontrados na Espanha. Ao estudar-se uma amostra estratificada de 362 pessoas acima de 70 anos, 31,78% deles haviam sofrido quedas no último ano, sendo que 13% sofreram mais de uma queda no mesmo período; 71,8% tiveram conseqüências físicas; 22%, limitação nas atividades após a queda; e 3,3% necessitaram de hospitalização.⁸

Outro estudo epidemiológico realizado em 11 regiões da Itália com a finalidade de estimar a prevalência de quedas entre os idosos mostrou que 43,1% tinham caído duas ou mais vezes no período de um ano e 60% deles sofreram quedas no próprio domicílio.⁶

Apesar de as quedas contribuírem para o aumento da morbidade e da mortalidade entre os idosos, elas são passíveis de prevenção, o que representa grande desafio para os profissionais de saúde na formulação e implementação das ações de saúde e para a sociedade de maneira geral.

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) – que vem sendo implantado em todo o território nacional com a finalidade de mudar o atendimento da lógica centrada na doença e na queixa principal para um

modelo de vigilância à saúde, visando à promoção, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, considerando um território adscrito, o vínculo e a responsabilização – pode representar um espaço estratégico para conhecimento da realidade dessas pessoas e o estabelecimento de medidas capazes de reduzir os riscos e danos que tal parcela da população possa sofrer.

Entendemos que, para isso, é necessária a busca ativa de situações que possam estar contribuindo para tal agravamento. Portanto, propõe-se neste estudo caracterizar os riscos para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de um PSF da cidade de Marília, interior do Estado de São Paulo, visando ao estabelecimento de ações individuais e coletivas na busca da melhoria da qualidade de vida dessa população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, realizado com idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na região central da cidade de Marília. Tal unidade conta, atualmente, com 1.012 famílias cadastradas, num total de 4.256 pessoas, sendo que 461 delas se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, considerados como idosos de acordo com critérios adotados pelo Estatuto do Idoso.

A população de referência foi constituída pelo universo de idosos residentes na área citada (n=461). A identificação se deu por meio do cadastro ACS. Participaram do estudo, efetivamente, 301 (65,3%) idosos, sendo que 96 (20,6%) recusaram-se a participar, 61 (13,2%) não foram encontrados no domicílio após a segunda visita e três apresentavam problemas mentais e encontravam-se sozinhos no domicílio.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento contendo os fatores de risco intrínsecos (sexo, idade, escolaridade, com quem mora, grau de dependência, diagnóstico médico, medicamentos que utiliza, sinais e sintomas que predispõem à queda, estado mental, estado emocional, grau de dependência, equilíbrio e marcha) e extrínsecos (presença de piso escorregadio, tapetes soltos, iluminação inadequada, entulhos, escadas, armários e interruptores fora do alcance e uso de calçados inadequados).^{9,10}

A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada por meio do “Minixame do estado mental” (MEEM) de Folstein, padronizado para a população brasileira.¹¹ O equilíbrio e a marcha foram verificados com a utilização do instrumento Performance Oriented Mobility Assessment (POMA), adaptado culturalmente para o Brasil.¹²

Para realização do estudo houve autorização do Secretário da Saúde do Município e da equipe de saúde da unidade. Participaram os idosos que, após receberem os esclarecimentos, estavam de acordo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina de Marília.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, por estudantes da segunda e da terceira série dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília,

RESULTADOS

Características sociodemográficas

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM A CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA. MARÍLIA, 2007

CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faixa etária						
60-69 anos	74	24,5	55	18,20	129	42,9
70-79 anos	76	25,2	43	14,2	119	39,5
80-89 anos	28	9,3	17	4,6	43	14,3
>= 90 anos	08	2,6	02	0,6	10	3,3
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Escolaridade						
Analfabeto	55	18,2	22	7,3	77	25
Fundamental incompleto.	84	27,9	46	15,2	130	43,1
Ensino Fundamental	30	9,9	25	8,3	55	18,2
Ensino Médio	12	3,9	16	5,3	28	9,3
Superior	05	1,6	06	1,9	11	3,6
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Estado marital						
Vive com o companheiro	93	30,9	97	32,2	190	63,1
Vive sem o companheiro	93	31,2	18	6,0	111	36,9
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Atividade atual principal						
Trabalhador braçal	03	1,0	06	1,9	09	2,9
Atividade doméstica	119	39,5	00	0,0	119	39,5
Cargo técnico/administrativo/ prof. liberal	05	1,6	19	6,3	24	8,0
Nenhuma	59	19,6	90	29,9	149	49,5
Total	186	61,8	115	38,2	301	100

Na Tabela 1, constata-se que 186 (61,8%) dos idosos entrevistados são do sexo feminino e 115 (38,2%) do sexo masculino, com predomínio de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade. Quanto à escolaridade, dois terços deles – 207 (68,1%) – são analfabetos ou têm o primeiro grau incompleto. A principal fonte de renda da maioria dos entrevistados 161 (53,5%) é a aposentadoria. Destaca-se, no estado marital, que 93 (30,9%) mulheres vivem sem o companheiro, enquanto 18 (6,0%) homens vivem sozinhos. Na atualidade, 119 (33,5%) mulheres exercem atividades domésticas e quase a metade dos idosos – 149 (49,5%) – não realiza atividades.

Na Tabela 2, encontram-se os diagnósticos referidos pelos idosos entrevistados, agrupados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID) 10. Os 301 idosos entrevistados referiram 746 doenças, com uma média de 2,5 diagnóstico/idoso, e as doenças mais referidas são aquelas do sistema circulatório – 328 (44%). Seguem-se a estas as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo – 126 (16,9%) – e, ainda, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas – 58 (7,7%).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS REFERIDOS PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS AGRUPADOS DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS DOENÇAS (CID -10). MARÍLIA, 2007

DIAGNÓSTICOS REFERIDOS	Nº	%
Doenças do aparelho circulatório	328	44,0
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	126	16,9
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	58	7,7
Doenças do olho e anexos	58	7,7
Doenças do aparelho digestivo	48	6,4
Doenças do aparelho geniturinário	32	4,3
Doenças do aparelho respiratório	27	3,6
Doenças do sistema nervoso	25	3,3
Transtornos mentais e comportamento	15	2,0
Doenças da pele e tecidos subcutâneos	12	1,6
Neoplasias (tumores)	10	1,3
Outros	07	0,9
Total	746	100%

Na Tabela 3, a primeira observação refere-se ao maior número de mulheres que sofreram quedas no último ano: 44 (14,6%) de uma a duas e 11 (3,6%) de três a quatro. O uso de alguns medicamentos considerados como fatores de risco para quedas também são bastante utilizados por eles, com destaque para os anti-hipertensivos e os diuréticos – 161 (55,7%) e 75 (26%), respectivamente. Entre as drogas psicoativas, constatou-se que 37 (12,3%) faziam uso de ansiolítico/tranquilizante e 30 (10,4%), de antidepressivos.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS DE ACORDO COM OS FATORES DE RISCO PARA QUEDAS. MARÍLIA, 2007

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS	Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Número de quedas no último ano						
Nenhuma	123	40,8	92	29,9	215	71,4
De 1 a 2 quedas	44	14,6	20	6,0	64	21,2
De 3 a 4 quedas	11	3,6	02	0,6	13	4,3
Cinco quedas ou mais	8	2,6	01	0,3	09	3,0
Insegurança ou medo de cair						
Sim	107	35,5	29	9,6	136	45,2
Não	79	26,2	86	28,5	165	54,8
Estado cognitivo						
Normal	134	44,5	90	29,9	224	74,4
Anormal	52	17,3	25	8,3	77	25,6
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Medicamentos						
Agentes anti-hipertensivos	102	33,9	59	19,6	161	55,7
Diuréticos	53	17,6	22	7,3	75	26
Hipoglicemiante	25	8,3	18	5,8	43	14,1
Antidepressivos	23	7,6	07	2,3	30	10,4
Agentes ansiolíticos/tranquilizantes	27	8,9	10	3,3	37	12,3
Antiarrítmico	10	3,3	07	2,2	17	5,5
Grau de dependência						
Independente	113	37,5	86	28,5	198	65,8
Dependente leve	48	15,9	15	5,0	63	20,9
Dependente moderado	16	5,3	09	3,0	25	8,3
Dependente severo	09	3,0	05	1,6	14	4,7
Total	186	61,8	115	38,2	301	100
Sinais e sintomas						
Diminuição visual	107	35,5	67	22,2	174	58,2
Diminuição auditiva	43	14,3	35	11,6	78	26,1
Hipotensão ortostática	00	00	02	0,6	02	0,7
Insônia	57	18,9	19	6,3	76	25,4
Urgência/incontinência	14	4,6	08	2,6	22	7,4
Problemas nos pés	47	15,6	13	4,3	60	20,1
Mobilidade física prejudicada	66	21,9	30	10	96	32,1
Equilíbrio prejudicado	113	37,5	49	16,3	162	53,8
Marcha prejudicada	103	34,1	43	14,3	146	48,5
Risco ambiental						
Piso	107	35,5	69	22,9	176	58,5
Escada/degraus	110	36,5	74	24,9	184	61,1
Entulhos	22	7,3	14	4,6	36	12
Iluminação	23	7,6	16	5,3	39	13
Mobília	34	11,3	18	6,0	52	17,3
Tapetes	95	31,5	56	18,6	151	50,2
Uso de calçado adequado para a idade						
Sim	100	33,2	93	31	193	64,1
Não	86	28,6	22	7,3	108	39,9

Foram detectadas alterações do equilíbrio em 162 (53,8%) dos idosos e da marcha em 145 (48,5%). Entre os sinais e sintomas que representam risco para quedas estão presentes, principalmente, a diminuição da acuidade visual, em mais da metade dos idosos, 174 (58,2%), a diminuição da acuidade auditiva, em 78 (26,1%), e a insônia é referida por 76 (25,4%). Os fatores ambientais que representam risco para quedas mais encontrados foram escadas/degraus em 184 (61,1%); piso escorregadio, em 176 (58,5%); e tapetes soltos 151 (50,2%). Além disso, 101 (35,5%) utilizam calçado inadequado para a idade (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo, ao realizar a caracterização sociodemográfica, foram detectados aspectos importantes que devem ser considerados quando se pretende atuar na

lógica da vigilância da saúde. Destaque-se que 128 (42,9%) pertencem à faixa etária dos 60 a 69 anos, a qual é considerada uma fase com grande possibilidade de desenvolver ações de promoção da saúde. A ocorrência maior de quedas acontece entre aqueles com mais de 80 anos de idade.¹³ Dos idosos estudados, 53 (17,6%) encontram-se com 80 anos ou mais. Nessa idade, parece mais adequada uma avaliação individualizada dos riscos intrínsecos e extrínsecos, bem como a proposta de intervenção envolvendo o idoso e os familiares, já que ele também apresenta perda da autonomia.

Dados da Tabela 1 mostram que 186 (62,8%) das pessoas estudadas são do sexo feminino. As mulheres são consideradas mais suscetíveis a quedas por apresentarem maior fragilidade física quando comparadas aos homens da mesma faixa etária, além de maior

exposição ao trabalho doméstico e, conseqüentemente, a seus riscos.¹⁴ Entre as mulheres estudadas, constata-se que 119 (39,5%) realizam, na atualidade, atividade doméstica, enquanto 90 (29,9%) homens não realizam qualquer atividade. Há um estudo em que se verifica a maioria das quedas ocorre no próprio lar do idoso, quando este está fazendo atividades domésticas cotidianas.¹⁵

Na literatura, encontram dados referentes à maior freqüência de quedas entre idosos que vivem sozinhos, os quais muitas vezes são submetidos a tarefas que podem agravar o risco para quedas. Nesse aspecto, há de ser considerado também o maior número de mulheres que vivem sozinhas em relação aos homens.^{14,15}

A maior quantidade de mulheres idosas com baixa escolaridade acresce o rol de riscos para quedas entre elas, já que a leitura contribui para desenvolver a atenção e, conseqüentemente, para manter o equilíbrio.¹⁴

As doenças apresentadas pelos idosos podem ter relação direta ou indireta com as quedas, de acordo com as manifestações dos sinais e sintomas apresentados e suas implicações para uma possível queda.¹⁶

Assim, as doenças do aparelho cardiovascular, as mais referidas entre os idosos estudados – 328 (44%) –, estão diretamente relacionadas com as quedas, na presença de hipotensão arterial e seqüelas de acidente vascular cerebral, ou indiretamente, na presença de hipertensão, arritmias e hipercolesterolemia. As doenças do sistema osteoarticular e do tecido conjuntivo, de alta prevalência entre os idosos estudados, revelaram-se, também em outros estudos, como aquelas que têm maior relação direta com as quedas.¹⁷

A quantidade de pessoas idosas que sofreram quedas nos últimos doze meses foi de 86 (28,5%). Estudo realizado na Espanha encontrou incidência de 31,8% em sujeitos com 70 anos ou mais.⁸ A instabilidade postural com a ocorrência de quedas é uma característica do processo de envelhecimento e que pode levar à insegurança ou ao medo de cair, principalmente aqueles idosos que já sofreram quedas. Tal condição acarreta a perda de confiança, o que limita, progressivamente, as atividades e leva à imobilidade, com conseqüente atrofia muscular.¹⁸ Entre os idosos estudados, 136 (45,2%) relataram insegurança ou medo de cair, sendo essa queixa mais freqüente entre as mulheres, assim como a incidência de quedas, reforçando ser esse o grupo de maior vulnerabilidade.

Alterações da cognição foram constatadas em 77 (25,6%) idosos e, nessa condição, eles têm, ainda, maior dificuldade em perceber os riscos para quedas.

O uso de múltiplos medicamentos entre os idosos, os quais são necessários, muitas vezes, até mesmo para a manutenção da vida, representa uma condição que merece ser considerada pelo risco ao qual os expõe. Na prescrição de determinados medicamentos para idosos, há necessidade de ponderar risco e benefício, assim como orientar tais indivíduos e seus familiares para evitar acidentes.¹⁹

Quando relacionados ao risco para quedas, alguns medicamentos são apontados como de maior risco, entre eles os sedativos/hipnóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, diuréticos, hipoglicemiantes, antiarrítmicos e ansiolíticos/tranquilizantes. Esse aspecto também se revela em nosso estudo, no qual mais da metade dos

entrevistados fazem uso de hipotensor, além daqueles que utilizam diuréticos, hipoglicemiantes, antidepressivos e drogas psicoativas.

Há uma correlação entre o uso de drogas psicoativas e a ocorrência de quedas, além da existência de algumas inapropriações no que se refere à prescrição desse tipo de drogas entre os idosos.²⁰

Os sinais e sintomas apresentados pelos idosos podem ser considerados de maior ou menor risco para desencadear quedas. A diminuição visual, presente em mais da metade dos idosos, constitui um sério problema, uma vez que está relacionada com a perda do equilíbrio, por ser esse o órgão que fornece as informações ambientais.¹⁷

Ao investigar o padrão de sono, verificou-se que 25,4% dos idosos apresentam insônia. Esse achado é corroborado por estudo epidemiológico, ao evidenciar que 30% a 50% das pessoas idosas se queixam de insônia.²¹

Dos idosos estudados, 60 (20,1%) manifestaram problemas com os pés, o que pode limitar a atividade e afetar o bem-estar dessas pessoas. Os problemas com os pés acontecem com freqüência entre os idosos em razão dos anos de desgaste, do uso de calçado inadequado, de maus cuidados com as unhas e de mudanças tróficas em razão da insuficiência vascular, que levam à dor, a alterações na forma, à hiperqueratose, à úlcera e a alterações no padrão normal da marcha. Tais problemas não são valorizados nas ações de atenção à saúde.²²

As modificações da marcha, que ocorrem por causa do declínio funcional dos sistemas músculo-esquelético, sistema nervoso central e sistema nervoso periférico, manifestam-se pela diminuição da velocidade angular da pelve, da extensão da pélvis e da força de impulso dos pés,²³ tornando a marcha lenta e com os passos alargados.

Neste estudo, mais da metade dos idosos apresentou alterações no equilíbrio. Tal ocorrência se justifica pela deterioração progressiva do processo de envelhecimento, levando à perda das células nervosas, à diminuição da função proprioceptiva das articulações, à degeneração de estruturas do ouvido interno e à enfraquecimento muscular.

Associado aos fatores intrínsecos que desencadeiam quedas entre os idosos, durante a investigação, foi averiguado que mais de 60% das casas dos idosos apresentavam algum risco ambiental para queda. Os fatores extrínsecos são diversos, sendo os mais prevalentes as escadas e os degraus (61,1%), seguidas de piso escorregadio (58,5%). De acordo com Fabrício et al (2004)¹⁴, o maior número de quedas deveu-se ao piso escorregadio (26%), com aumento delas quando associadas a escadas e degraus.

Além disso, o tipo de calçado que muitos deles utilizam – 108 (39,9%) – não é recomendado para a idade, por possibilitar escorregões e tropeços, risco que o estudo mostrou ser mais freqüente entre as mulheres. O calçado preferido pelos idosos, na maioria das vezes, é o “chinelo de dedos”, visto ser esse um hábito desenvolvido também durante toda a vida. Além disso, alterações como deformidades das unhas e proeminências ósseas, dentre outras impedem o uso de calçado adequado.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, constatou-se que há alta incidência de riscos, tanto intrínsecos quanto extrínsecos, para quedas entre idosos que pertencem à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. Destaca-se que as mulheres, além de representar a maioria da população – 186 (61,8%) –, deixam entrever maior fragilidade e exposição a tais riscos.

Os dados aqui evidenciados parecem constituir um instrumento que pode auxiliar na gestão do serviço, visto que se trata de uma área com alta concentração de idosos – 10,8% da população geral –, e ações que visem à promoção da saúde e à prevenção de danos podem ser propostas com a finalidade de contribuir para a melhoria das condições de vida dessas pessoas, de familiares e da comunidade em geral.

No entanto, a complexidade e a multiplicidade dos problemas que se apresentam demandam atuação interdisciplinar e intersetorial, o que exige mudança de postura dos profissionais e da comunidade diante dos problemas de saúde.

Nesse contexto, considera-se a necessidade de adoção de medidas individuais e coletivas, com destaque para ações educativas, adaptações ambientais, incentivo ao exercício físico, voltado para o fortalecimento da musculatura, aumento da flexibilidade muscular e melhora do equilíbrio e marcha, acompanhamento sistemático do uso de medicamentos e de sinais e sintomas que possam representar riscos para quedas.

Diante de tais dados, um grande desafio é colocado para todos os envolvidos no processo de cuidado com essa população, seja relacionado com a assistência direta, seja com a pesquisa, seja com o ensino. No entanto, com a possibilidade de enfrentamento da situação, pode-se vislumbrar um novo contexto de atenção à saúde, cuja ênfase se foca na valorização e na vigilância da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade: em 2003, expectativas de vida do brasileiro subiu para 71,3 anos. [Citado em 29 jan. 2007]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/previdencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=266&id_pagina=1
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
3. Yamaguchi AM. Quedas na terceira idade. Saúde Total. São Paulo: Intec; c1997-2006. [Citado em 25 out. 2002]. Disponível em: <http://www.saudetotal.com/artigos/idoso/quedas.asp>
4. Pereira SEM, Buskman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. In: Jatene FB, Cutait R, Coordenadores. Projeto diretrizes. Rio de Janeiro: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2001. p.405-13
5. Duthie Jr EH. Quedas. Clin Med Am Norte. (Rio de Janeiro). 1989; 6: 1453-67.
6. Rodrigues RAP. Atividade educativa da enfermeira geriátrica: conscientização para o autocuidado das idosas que tiveram “queda” [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1993.
7. Bodachne L. Instabilidade e quedas no idoso. Rev Bras Med. 1994; 51(3): 226-35.
8. Varas-Fabra R, Castro Martin E, Perula de Torres LA, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Borge I. Caídas em ancianos de la comunidad: prevalência, consecuencias y factores asociados. Alén Primária. 2006 Nov 38(8): [Citado em 15 fev. 2007]. Disponível em: http://db.doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZIO105&ver=27&vol=38&num=8&pág=450
9. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6):709-16.
10. North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2003-2004. Porto Alegre: Artmed; 2005.
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994; 52: 1-7.
12. Gomes GC. Tradução, adaptação transculturalmente e exame das propriedades de medida da escala “Performance-oriented mobility assessment” (POMA) para uma amostragem de idosos brasileiros institucionalizados [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
13. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. Rev Baiana Saúde Pública. 2002; 36(6):709-16.
14. Ferrer MLP, Perracini MR, Ramos LR. Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo, SP. Rev Bras Fisioter. 2004 maio/ago.; 8(2): 149-54.
15. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Júnior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública. 2004 fev.; 38(1): 93-9.
16. Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso. Pequi: Portal Equilíbrio e Quedas em Idosos São Paulo: Fapesp. [Citado em 22 mar. 2007]. Disponível em: <http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas/quedas/quedas.pdf>
17. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Rev Bras Med Esporte. 2005; 11(5): 299-305.
18. Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. Arq Bras Méd. 1994; 68(1):9-12.
19. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. Cad Saúde Pública. 2002; 18(5):1359-66.
20. Chaimowicz F, Ferreira TJXM, Miguels DFA. Use of psychoactive drugs and falls among older people living in a community in Brazil. Rev Saúde Pública. 2000; 34(6):631-9.
21. Batista LL, Fernandes MGM, Nóbrega MSL. Avaliação geriátrica abrangente de idosos atendidos em uma Unidade de saúde da Família. Rev APS 2003 jul./dez 6(2); [Citado em 22 mar 2007]. Disponível em: <http://www.nates.uff.br/novo/revista/paf/v6n2/capa.pdf>.
22. Gutiérrez Bobledo LM. Caídas. In: Anzola PE, Galinky D, Morales MF, Salas A, Sanches AM, Editores. La atención de los ancianos: um desafío para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p.156-8.
23. Cartier Roviroso L. Caídas y alteraciones de la marcha en los adultos mayores. Rev Med Chile. 2002; 130(3):332-7.
24. Marin MJS, Amaral FS, Martins IB, Bertassi VC. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem risco de quedas entre idosos. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):560-4.

Data de submissão: 20/1/2008

Data de aprovação: 3/3/2008