

LEVANTAMENTO DOS CASOS DE QUEDAS E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA OS IDOSOS DO GRUPO DA TERCEIRA IDADE DA CIDADE DE CASTILHO/SP

Claudinéia Rufino Daiane Caetano dos Santos
Graduanda em Fisioterapia
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Elaine da Silva Kraievski
Especialista-Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

O envelhecimento é um processo marcado por mudanças fisiológicas, como alterações na composição e forma do corpo, pele e anexos, sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário e sistema nervoso, além de alterações psicológicas e sociais. A queda é decorrente da perda de equilíbrio e consequência de uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior. Este evento não é consequência de uma paralisia súbita, ataque epilético ou força externa. A adoção de um estilo de vida saudável e o combate aos fatores do comportamento que influenciam nas causas de doenças crônicas incapacitantes devem ser praticadas em todas as fases da vida. A promoção da saúde não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas, primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades. O objetivo do presente trabalho foi identificar a incidência de quedas entre os idosos do grupo da Terceira Idade, da Cidade de Castilho/SP e através do levantamento dos casos, feitos por meio de questionários foram elaboradas estratégias preventivas, a divulgação. Pode-se considerar que diante dos resultados encontrados nesta pesquisa que os idosos têm uma alta prevalência de risco de quedas, devido principalmente ao uso de medicamentos (reações adversas) e quedas anteriores.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia; Qualidade de vida, Terceira idade.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo marcado por mudanças fisiológicas, como alterações na composição e forma do corpo, pele e anexos, sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema gastrointestinal, sistema geniturinário e sistema nervoso, além de alterações psicológicas e sociais, como declínio do funcionamento físico, aparecimento ou o agravamento de doenças somáticas, dificuldades com a memória e isolamento social.

O tema escolhido, abordado pela fisioterapia preventiva, constitui um importante problema clínico e de saúde pública, devido a sua incidência, tendo como

consequência a mortalidade ou morbidade, que atingem os idosos, causando um grande impacto nesta população, em seus familiares e no sistema público de saúde, gerando altos custos assistenciais.

Conhecer os fatores de risco, as causas e as possíveis consequências, que envolvem os idosos que sofreram quedas, se traduz em informações significativas para a promoção de uma boa qualidade de vida para estas pessoas, bem como serve para ampliar o conhecimento de profissionais envolvidos com a saúde, dos familiares e dos cuidadores dos idosos, que passam a maior parte do tempo, dedicando sua atenção a eles.

O objetivo do presente trabalho foi identificar a incidência de quedas entre os idosos do grupo da Terceira Idade, da cidade de Castilho/SP e através do levantamento dos casos, feito por meio de questionários, elaborou - se estratégias preventivas, bem como a divulgação entre profissionais da área da saúde, responsáveis por este grupo e também para familiares e cuidadores.

1 FISILOGIA DO ENVELHECIMENTO

Ocorre redução de 20 a 30% da água corporal total, sendo a redução mais importante no conteúdo intracelular, tornando-se desidratado crônico, com maior risco de desidratação aguda e alteração no volume de distribuição de drogas hidrossolúveis (AYRES, 2001).

No sistema muscular ocorre perda de massa muscular (sarcopenia), diminuição do peso corporal, redução da força muscular, perda de mobilidade, perda de equilíbrio, ocasionando as quedas, menor tolerância ao esforço físico, diminuição da sensibilidade à insulina e a intolerância à glicose, na massa óssea ocorre redução do seu conteúdo mineral, com maior perda de massa óssea após a menopausa, redução dos níveis de hormônio do crescimento (AYRES, 2001).

Há perda na estatura de um centímetro por década, a partir dos 40 anos de idade, aumento da curvatura da coluna vertebral, diminuição dos arcos dos pés, hipercifose torácica e achatamento dos discos intervertebrais (AYRES, 2001).

Ocorre aumento de 20 a 30% na gordura corporal total, sendo de 2 a 5% por década, após os 40 anos. Ocorre também presença de tecido adiposo em menor quantidade nos membros, deposição abdominal e visceral da gordura e aumento da

meia-vida das drogas lipossolúveis (benzodiazepínicos) (CHAIMOWICZ, 2000).

Há retardo no enchimento do ventrículo esquerdo, endurecimento e espessamento da parede ventricular esquerda, espessamento das válvulas cardíacas (mitral e aórtica), sopros, aumento progressivo da pressão arterial, aumento da resistência vascular periférica, rigidez vascular, fibrilação atrial (arritmia mais comum em idosos), capacidade homeostática limitada, aterosclerose, reserva funcional diminuída e maior dificuldade de adaptação à sobrecarga (CARDOSO, 2009).

De acordo com Ferrer (2003), presença de rigidez da parede torácica, perda da retração elástica dos pulmões, perda da capacidade respiratória máxima/menor, perda capacidade de troca de oxigênio e monóxido de carbono ao nível alveolar, reflexos pulmonares (tosse) e função ciliar reduzida, predisposição ao acúmulo de secreções.

Ocorre hipotrofia das papilas gustativas, desgaste e perda de dentes (agravado pelo tabagismo), redução do funcionamento dos músculos da mastigação, por isso a tendência a engolir maiores quantidades de alimentação e dificuldade de fala (TIBO, 2007).

Há redução no tamanho e peso do cérebro, menor número de neurônios, depósito de substância beta amilóide na parede dos vasos, maior prevalência de demências, declínio de algumas funções cognitivas, processamento de informações mais lento, menor quantidade de neurotransmissores (acetilcolina e dopamina), menor velocidade de condução nervosa (alteração nos reflexos) (TIBO, 2009).

Segundo Viera (2004), a velhice pode ser compreendida como um fenômeno heterogêneo, ocorrendo de diversas formas de acordo com a época, o lugar, as circunstâncias de vida e a forma com que o indivíduo desenvolveu suas vivências ao longo da própria vida.

2 ENVELHECIMENTO NO MUNDO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população idosa tem apresentado as maiores taxas de crescimento e a estimativa é que até 2025 existam cerca de 1,2 bilhões de pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, o que representará um quinto da população mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE, 2005).

Em comparação com a velocidade de envelhecimento da população brasileira, a França e a Suécia precisaram respectivamente, de 115 e 85 anos para duplicarem suas populações de idosos. Em relação ao Brasil haverá o aumento substancialmente do ônus econômico e social nas próximas décadas e a população idosa exige demandas específicas de serviços de saúde e previdência, tendo em vista que o Brasil ainda apresente algumas deficiências em tal setor fez-se necessária uma mobilização que possibilite ao idoso participar efetivamente da sociedade, usufruindo de seus direitos como cidadão, e sentindo-se parte importante dessa sociedade. Com esse propósito surge a “Política Nacional do Idoso” assegurando os seus direitos enquanto cidadão, promovendo a sua autonomia para a sua efetiva participação na sociedade.

Segundo a Organização das Nações Unidas, o envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial, e em seu último relatório técnico, “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, nos próximos 43 anos, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões). No critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos.

3 QUEDAS

A queda é decorrente da perda de equilíbrio e consequência de uma mudança de posição inesperada, não intencional, que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior, por exemplo, sobre o mobiliário ou no chão. Este evento não é consequência de uma paralisia súbita, ataque epilético ou força externa (LANGLOIS, 1995).

São classificadas de acordo com a frequência com que ocorrem e do tipo de consequência advinda do evento. A queda acidental é um evento único que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como um piso

escorregadio, um degrau sem sinalização ou devido a atitudes de risco como, por exemplo, subir em banquinhos. Em contrapartida, a queda recorrente, expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos, como doenças crônicas e distúrbios do equilíbrio corporal, déficits sensoriais, dentre outros (COUTINHO, 2002).

Divide-se também de acordo com a presença ou não de lesões. As quedas com lesões graves são consideradas aquelas cuja consequência é uma fratura, trauma crânio-encefálico ou luxação. Abrasões, cortes, escoriações e hematomas são considerados lesões leves (COUTINHO, 2002).

Pode ser classificada ainda, de acordo com o tempo de permanência no chão. A queda prolongada no chão é aquela em que o idoso permanece caído por mais de 15 a 20 minutos, por incapacidade de levantar-se sem ajuda. Os idosos que são mais predispostos a sofrerem quedas prolongadas são os idosos com 80 anos ou mais, com dificuldade em atividades de vida diária, que tem disfunções em membros inferiores, tomam sedativos e moram sozinhos ou permanecem por longos períodos do dia ou noite desacompanhados (LANGLOIS, 1995).

O aumento da probabilidade de perda de capacidade funcional recorrente a queda, seja ela decorrente de um único evento grave ou da perda de confiança e do senso de autoeficácia, o que com o tempo acaba por provocar uma restrição de atividades e um declínio na mobilidade, expõe este idoso a um maior risco de tornar-se frágil (NEVIT, 1991).

4 FISIOTERAPIA PREVENTIVA

A promoção do envelhecimento ativo relaciona-se com o reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). O envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: Menor probabilidade de doença; alta capacidade funcional física e mental e engajamento social ativo com a vida (ROWE, 1997).

A adoção de um estilo de vida saudável e o combate aos fatores do comportamento que influenciam nas causas de doenças crônicas incapacitantes devem ser praticados em todas as fases da vida (BERTOLAMI,2000).

Neste sentido, a promoção da saúde não termina quando se faz 60 anos e

as ações de prevenção, sejam elas, primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades. As ações de prevenção apresentam três estágios:

A) Impedir o aparecimento das doenças (prevenção primária): promoção da saúde e promoção específica; a promoção da saúde é realizada através de medidas de ordem geral, englobando estratégias de melhora das condições de vida, tais como moradia, educação, acesso ao lazer, boas condições de trabalho, saneamento, boa alimentação. A promoção específica inclui a imunização, higiene ambiental e cuidado pessoal, proteção no ambiente de trabalho, dentre outros.

B) Detecção precoce e prevenção das complicações (prevenção secundária): tem por objetivo detectar e tratar precocemente as doenças, visando minimizar qualquer limitação de incapacidade. A estratégia é a investigação das doenças, prevenindo as suas complicações, como por exemplo, a detecção precoce da hipertensão arterial, dia.

C) A reabilitação de uma doença (prevenção terciária): prevenção das complicações de uma doença, tal como a reabilitação após um acidente vascular cerebral (AVC), para manutenção e melhora da função motora, além de minimizar o risco de institucionalização. Entre os instrumentos principais estão as ações de reabilitação, a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional (ROUQUAYROL, 1999).

Novas propostas internacionais de atividade física como forma de promover saúde na população em geral surgiram, daí o Programa Agita São Paulo, onde um dos focos principais do programa é a população da terceira idade e a proposta de prescrição de atividade para essa população é realizar atividades físicas de intensidade moderada, por pelo menos 30 minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, se possível todos os dias, de forma contínua ou cumulativa (MATSUDO, 2002).

Os exercícios promovem um aumento do tônus e da resistência das estruturas periarticulares, melhorando o suporte e a estabilidade articular, reduzindo a progressão da osteoartrite se mostrado eficaz na melhora funcional, controle da dor e na melhoria de qualidade de vida (MATSUDO, 2002).

Nos idosos com osteoporose, o exercício pode reduzir a taxa de perda óssea e melhorar a saúde e a força muscular contribuindo para a prevenção de quedas e menor risco de fraturas. Contudo a quantidade de exercício necessária

para minimizar esta perda é desconhecida (BERTOLAMI, 2000).

5 RESULTADO DAS PESQUISAS

O objetivo deste trabalho foi identificar a incidência de quedas no Grupo da Terceira Idade, da Cidade de Castilho/SP.

Um total de 50 idosos participaram do estudo, sendo 42(84%) do gênero feminino e 8(16%) do gênero masculino.

A média de idade dos idosos participantes foi de 70,1 anos, sendo a idade mínima de 60 e a idade máxima de 87 anos.

Em relação ao tempo de aposentadoria, os idosos com a media de idade de 70,1 anos apresentou 9,4 anos de aposentadoria; os idosos com idade mínima de 60 anos não estão aposentados e apenas um idoso com 87 anos tem 35 anos de aposentadoria, por motivo de invalidez.

No levantamento referente ao uso de medicamentos, pela escala de risco de quedas de DOWNTON, todos os idosos (100%) faziam uso de medicamentos até o início da pesquisa. Destes, apenas 5 (10%) idosos não tomam medicamentos que trazem reações adversas as quais possam contribuir para a ocorrência de quedas, fazendo o uso apenas de cálcio.

Também pela escala de DOWNTON, identificou-se a ocorrência de quedas anteriores ao início da pesquisa, portanto, 31(62%) dos participantes sofreram quedas e 19(38%) dos participantes não sofreram quedas.

Quanto á prática de atividades físicas, através do questionário, foi verificado que 27(54%) dos idosos realizavam algum tipo de atividade física igual ou maior que 2 vezes por semana e que 23(46%) dos idosos não realizavam nenhum tipo de atividade física.

Dos que 27 (54%) idosos que praticam atividade física 16 sofreram quedas, portanto 11 estão isentos de quedas e dos 23 (46%) idosos que não praticam atividade física, 15 sofreram quedas e 8 estão isentos de quedas. Conforme a tabela abaixo.

Dos 23 (46%) idosos que não fazem atividades físicas, apenas 2 tomam mais medicamentos do que os idosos que fazem.

A partir do levantamento dos critérios pela escala de DOWNTON, foi possível inferir que, 19(38%) dos participantes não apresentaram risco de quedas e 31(62%) dos participantes apresentaram risco de quedas.

O percentual de risco de queda é igual ao percentual dos que sofreram quedas, o que reforça a efetividade a escala de risco de quedas de DOWNTON.

5.1 Discussão

Através da aplicação da Escala de Risco de Quedas de DOWNTON, na população de idosos pertencentes ao Grupo da Terceira Idade da Cidade de Castilho/SP, a presente pesquisa encontrou que 62% dos idosos avaliados apresentaram risco de quedas. Os referentes dados são superiores aos achados de Schiaveto (2008), que avaliou 515 idosos e 49,12% dos participantes apresentaram risco de quedas. O autor também utilizou a escala de DOWNTON, considerando-a com uma boa sensibilidade e cuidado.

Nesta pesquisa, 90% dos idosos fazem o uso de medicamentos (reações adversas), o que pode explicar a elevada porcentagem da amostra com risco de quedas. De acordo com World Health 2002, há um significativo aumento no risco de quedas com o uso de medicamentos, como os psicotrópicos, antiarrítmicos, digoxina, diuréticos e sedativos. Os benzodiazepínicos usados pelos idosos aumentam em 44% o risco de quedas noturnas.

Foi encontrada por alguns autores uma relação existente entre o uso de medicamentos e o risco de quedas, indicando que a quantidade de medicamentos parece ter influência sobre a frequência de quedas (COUTINHO, 2002)

Dos idosos avaliados, 27 (54%) praticam exercícios físicos duas ou mais vezes por semana, dentre as modalidades mais praticadas de exercícios físicos, a caminhada é a que mais se destacou.

A fraqueza muscular de membros inferiores, principalmente de joelho, tem sido considerada um importante fator de risco para a ocorrência de quedas. É sabido que a prática de exercícios físicos aumenta a força muscular, levando a uma diminuição no risco de quedas em idosos, pois a fraqueza muscular pode causar prejuízo locomotor e retardar as reações de equilíbrio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, tendo como base o levantamento dos fatores intrínsecos e extrínsecos que oferecem risco de quedas entre o Grupo da Terceira Idade da Cidade de Castilho/SP, e efetivamente a elaboração de medidas preventivas, foi possível estabelecer as seguintes conclusões.

As quedas podem comprometer a saúde física e emocional da população idosa e os fatores que levam à queda e suas consequências, quando conhecidas, permitem a elaboração de medidas preventivas e garantem uma melhor qualidade de vida dos idosos!

Houve a participação de 84% do gênero feminino, onde reforçamos que a mulher tem mais interesse nas atividades sociais voltadas para o seu bem estar, enquanto que os homens demonstram desinteresse chegando ao sedentarismo (assistir televisão, ler jornal...).

A queda com fratura pode ter consequências mais sérias do que em um indivíduo fora deste grupo, sendo sinônimo de imobilidade e tendo como causa extrema a morte, nessa ordem: queda → fratura → imobilidade → dificuldades circulatórias / respiratórias → morte.

A interação entre estes indivíduos e nós palestrantes, foi bem satisfatória, principalmente quando lhes foi apresentada situações de forma simples, em relação a prevenção de quedas.

O presente trabalho deixa uma porta aberta para continuidade do estudo em relação ao cuidado com o idoso, como sendo parte integrante e importante de cada família e da sociedade.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 63-72, 2001.

BERTOLAMI, M., C., Fatores de risco e estratégias preventivas: intervenções populacionais. In: GIANINI, Sergio Diogo; FORTI, Neusa; DIAMENT, Jayme. **Cardiologia Preventiva**. São Paulo: Atheneu, p.43-50, 2000.

CARDOSO, A. F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 13, n. 130, mar. 2009.

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T. J. X. M.; MIGUEL, D. F. A. Uso de medicamentos psicoativos e seu relacionamento com quedas em idosos. **Rev. Saúde Pública** 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** 2002.

LANGLOIS, J. A. *et al.* **Dependence in activities of daily living as a risk factor for fall injury events among older people living in the community.** JAGS 1995.

MATSUDO, V. K. *et al.* **Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience.** *Public Health Nutrition*, v.5, n.1 p.1-10, 2002.

NEVITT, M.C.; CUMMING, S. R.; HUDE, E. S. **Risk factors for injurious falls: a prospective study.** *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1991; 46(5):M164-M170.

O'LOUGHIN, J. L. *et al.* **Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly.** *American Journal of Epidemiology*, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília: OPS; 2005.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. **“Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças”.** Epidemiologia e saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

TIBO, M. G. M. **Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso.** Rev Médica Ana Costa. 2009.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e família.** Rio de Janeiro: Revinter, 2004.