

## QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

**Autora: Iride Cristofoli Caberlon<sup>1</sup>**

O Brasil desde 1960 vem passando por uma transição demográfica acelerada e um aumento da expectativa de vida ao nascer e de sobrevivência após os 60 anos de idade trazendo mudanças rápidas no regime demográfico, passando para baixas taxas de fecundidade e de mortalidade, aumento dos índices de riscos e agravos e de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, levando a um envelhecimento da população. Dentre os principais riscos e agravos em pessoas idosas encontram-se conforme a Classificação Internacional de Doenças o CID o capítulo XXIII – causas externas de morbidade e de mortalidade, que compreende acidentes por quedas, lesões autoprovocadas, agressões, sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade, complicações de assistência médica e cirúrgica e outros eventos<sup>1</sup>.

Considera-se queda quando a pessoa/paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, do sofá, cadeiras, cama, assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeira higiênica, chuveiro, banheira e outros; ou deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano<sup>2</sup>.

Atualmente a queda é considerada como uma “síndrome geriátrica” em consequência da sua enorme incidência em pessoas idosas, uma vez que eles possuem capacidade reduzida de recuperação, demandam maior tempo de recuperação levando geralmente à hospitalização e a institucionalização e aumento da mortalidade. Estas geram significativas limitações físicas e psicológicas as pessoas idosas, que podem resultar em síndrome pós-queda, que inclui dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão e ainda à maiores restrições nas atividades da vida diária<sup>3</sup>.

As quedas são categorizadas em fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, e as ações de prevenção necessitam abranger com a mesma relevância cada um destes fatores. Os principais **fatores intrínsecos ou de risco do próprio envelhecimento da pessoa idosa** são: diminuição da força muscular, equilíbrio e flexibilidade; lentidão dos reflexos, sendo mais frequentes nos meses de clima frio; deficiências nutricionais (falta de vitamina D); mobilidade reduzida e balanço (medo de cair); dificuldades cognitivas (demências – Alzheimer); doença de Parkinson (instabilidade postural); infecções graves (urinárias, gripe, pneumonias); hipotermia, hipertermia, hipotensão postural; incontinência urinária; desequilíbrio hormonal e mau funcionamento da tireóide, dentre outros<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Doutora em Gerontologia Biomédica, PUCRS, 2012.

Membro do Departamento de Gerontologia da SBGG/RS. Especialista em Gerontologia pela SBGG. Membro do Departamento de Enfermagem Gerontológica da ABEn/RS- Presidente da Seção da ABEn RS -Membro do Fórum Democrático de Desenvolvimento Regional da Assembléia Legislativa – Grupo Envelhecimento, PPDS e doenças raras. Representante suplente no Conselho Estadual da Saúde

Diante destes fatores recomenda-se como medidas de prevenção: Aplicar precocemente a escala do risco de quedas; avaliar frequentemente força, equilíbrio, marcha e reflexos; avaliar e suprir as carências nutricionais com dieta adequada, acompanhamento e melhora da autoestima; avaliar, acompanhar e ajudar nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), identificar novos riscos, planejar e executar cuidados adequados; Indicar orteses e próteses adequadas sempre que necessário<sup>4</sup>.

Os fatores extrínsecos ou ambientais podem que podem causar quedas dentro e fora do residencial são: iluminação deficiente e inadequados ambiente durante a noite e às vezes durante o dia; superfícies irregulares, moladas e pisos escorregadios; objetos em área de circulação, tapetes soltos; fios e equipamentos colocados de forma inadequada; móveis instáveis, camas altas, mesas com bordas pontiagudas, sofás, cadeiras e vaso sanitário baixo, prateleiras de difícil alcance; uso de calçados ou chinelos em más condições ou mal adaptados aos pés e com solado escorregadio; bengalas, andadores inadequados e mal adaptados; desníveis no chão/ problemas com degraus; ausência de barras de apoio e corrimões, presença de animais domésticos no lar e locais de passeio; quedas ao subir, descer de escadas, ônibus, lotação, taxis, trem de superfície; metrô, Uber; quedas da própria altura: cadeiras, cama, sofá, banheiro, escada, e outros<sup>3 4</sup>.

Para a prevenção relativa a estes fatores o mais importante é adequar e manter uma casa segura, a qual deve sofrer adequações contínuas, conforme as alterações das condições de saúde da pessoa idosa ao longo do período da longevidade.

Recomenda-se como medidas básicas de prevenção dos fatores extrínsecos, conforme segue: portas e corredores devem ter os cuidados que seguem: largura de passagem maior (para cadeirantes, mínimo de 80 cm); evitar desníveis no piso na troca de um ambiente para o outro; posição das fechaduras, maçanetas (alavanca) e trincos adequados; interruptores de luz (fluorescentes) próximos da entrada do ambiente; passagens bem iluminadas; fechadura da porta sobre a maçaneta; trincos de segurança deslizantes; desníveis sempre devem ser vencidos por rampa; cuidados nos sanitários: preferencialmente utilizar pisos antiderrapantes e evitar tapetes soltos; utilizar sempre barras de apoio próximo da bacia sanitária, do lavatório, do chuveiro, da banheira e outros móveis sempre que necessário; largura mínima do box: 80 cm. desnível mínimo de 1,5 cm em relação ao piso do banheiro; suporte corrimão lateral/barras de apoio com alturas variáveis. Armários e outros utensílios devem estar na altura dos olhos; é recomendável um banco para calçar sapatos e executar pequenas tarefas de forma mais confortável. Utilizar mobiliário (banco, escadas, cadeiras) adequado em perfeito estado de uso; utensílios (faca, tesoura, espeto de churrasco, grelhas), utilizá-los com cuidado, equipamentos e aparelhos domésticos cuidar ao ligar e desligar da tomada de forma correta; substituir fusíveis por outros adequados, evitando improvisa; manter o espaço de circulação adequado para a circulação as pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida para se locomoverem com os equipamentos com segurança. Assim: pessoa idosa com uso de bengala – diâmetro 0,75 cm; com cadeira de rodas para o giro diâmetro de 1,5cm; pessoa com deficiência visual diâmetro de 0,68 e para a largura do corpo 0,30cm; cuidados com rampas e escadas: evitar desníveis no piso e escadas em leque (caracol); utilizar sempre a mesma altura do degrau num mesmo lance da escada; altura dos degraus

preferencialmente entre 16 cm e 18 cm; sempre utilizar corrimão e piso/fita antiderrapante; se possível, iluminar o próprio degrau para sinalizar a sua existência; as rampas devem ter um declive máximo de 10% <sup>3,4</sup>.

Como fatores de risco comportamentais para queda em idosos pode-se citar: faixa etária mais elevada; uso de prótese; uso de vários medicamentos; consumo de álcool, medo de cair; inatividade física; uso inadequado de tecnologia para locomoção; má nutrição ou hidratação; uso de calçado impróprio; participação em atividades comunitárias<sup>3,4</sup>.

Salienta-se que as pessoas idosas ativas que participam de atividades comunitárias ou que continuam a trabalhar ficam mais expostas as barreiras arquitetônicas e a readequação do ambiente urbano para garantir a segurança da mesma. É importante para que estas pessoas desenvolvam mais atenção na realização dos movimentos e atividades no ir e vir para evitar quedas e acidentes<sup>3,4</sup>.

As pessoas mais inativas e as mais ativas são as que têm maior risco de cair, possivelmente pela fragilidade das primeiras e pelo grau de exposição ao risco das demais. O conhecimento das condições do equilíbrio, marcha e do risco para quedas da pessoa idosa pode contribuir para a equipe a elaboração de medidas efetivas de prevenção, podendo assim evitar o declínio funcional do idoso, decorrente deste agravo<sup>5,3,4</sup>

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia enfatiza o fator comportamental ligado ao grau de exposição ao risco “aparentemente os fatores contribuintes ao evento queda podem ser aqueles relacionados à equipe, ao paciente, ao trabalho/ambiente externos<sup>5</sup>. As quedas e suas consequências em pessoas idosas representam um problema de saúde pública relevante frente ao processo de longevidade da população brasileira, diminuindo a qualidade de vida do idoso. Estas vêm associadas a elevados índices de morbimortalidade; redução da capacidade funcional (lesão medular, traumatismo craniano), declínio da capacidade cognitiva; redução das atividades da vida diária, físicas, sociais e espirituais; aumento de hospitalização para tratamento, recuperação; necessidade de institucionalização do idoso e óbito precoce <sup>3, 6</sup>.

Estudo realizado sobre quedas em 2012, com 6.556 pessoas idosas em quatro unidades de urgência e emergência do SUS, sendo três localizadas na grande Porto Alegre e uma na Serra Gaúcha, Caberlon; Bós (2014)<sup>3</sup> apontou que:

- a) A idade variou de 60 a 104 anos, dos quais 71,1% eram mulheres e 28,9% homens; 42,5% tinham entre 60/70 anos de idade e deste percentual 66,9% eram mulheres;
- b) 47% caíram pela tarde, e na estação do inverno (26,7%) seguido de 32,6% pela manhã e no inverno (25,6%);
- c) 17,2% dos idosos indicaram o local da queda dos quais 41,9% dos casos ocorreu no domicílio, 38,5% foi no quarto, 31,3% no banheiro e 26% em outro local do domicílio;
- d) 58,1% das quedas ocorreram fora do domicílio, destacando-se como locais: rua/pavimento/calçada (16%);
- e) De um total de 1508 idosos atendidos 30,9% tiveram fratura confirmada pela investigação radiográfica, dos quais 31,9%, maior em mulheres ( $p < 0,001$ ) e 28,2% em homens ( $p = 0,005$ );

- f) 15% dos idosos o local da fratura foi de membros superiores e 9,5% nos membros inferiores;
- g) Das fraturas confirmadas 34,2 ocorreram no inverno, as quais foram classificadas com as mais graves.

No estudo transversal realizado no Sul do Brasil, em 2014, com amostra representativa de 1.451 idosos residentes na zona urbana de Pelotas, RS, mostrou uma prevalência de quedas de 28,1% (IC95% 25,9–30,5), e a maioria ocorreu na própria residência do idoso. Entre os idosos que sofreram queda, 51,5% (IC95% 46,6–56,4) tiveram uma única queda e 12,1% (IC95% 8,9–15,3) tiveram fratura como consequência, sendo a de membros inferiores a mais relatada. A prevalência de quedas foi maior em mulheres, idosos com idade avançada, de menor renda e escolaridade, com incapacidade funcional para atividades instrumentais e portadores de enfermidades como diabetes, doença cardíaca e artrite. A ocorrência de quedas atingiu quase um terço dos idosos, e aproximadamente 12% dos idosos que caíram, fraturaram algum osso<sup>7</sup>.

No estudo quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade realizado em Juiz de Fora, Minas Gerais, em 2018, com 400 idosos, a prevalência de quedas foi de 35,3% (IC95%=30,7; 40,0). Entre os que relataram queda, 44,0% afirmaram ter caído mais de uma vez. A maior parte ocorreu no domicílio (69,2%) e no período da manhã (46,7%). Após todos os ajustes a idade e o relato de dificuldade para andar permaneceram significativamente associados ao desfecho. O reconhecimento desses fatores é importante para o delineamento de estratégias que visem à redução da ocorrência de quedas e garantia do envelhecimento saudável por meio de ações preventivas e reabilitadoras dirigidas a grupos mais vulneráveis<sup>8</sup>.

Num outro estudo realizado com 174 idosos na área da estratégia da Saúde da Família em uma capital do nordeste brasileiro com o objetivo de conhecer a prevalência e fatores de risco associados às quedas, obteve-se que a média de idade foi de 70,6 +\_8,4anos com prevalência de quedas em 51,1% da amostra. O principal local de queda foi domicílio (57,3%) e os fatores que levaram a queda foram desatenção, problemas de visão, presença de obstáculos e desequilíbrios. Evidenciou-se que as pessoas idosas dependentes têm 3,5% de chances de cair quando comparados as dependentes. Concluiu o estudo afirmando que a prevalência foi alta, com necessidade de cuidados e dependência funcional se associando à ocorrência, podendo o enfermeiro atuar no desenvolvimento de ações preventivas<sup>9</sup>.

As quedas na ILPI podem ocorrer no próprio residencial coletivo do idoso ou próximo ao mesmo, durante o dia, porém mais à noite; são mais frequentes nos meses de clima frio; as mulheres idosas apresentam maior número de quedas do que os homens<sup>3</sup>.

Os estudos salientam que pessoas idosas mais ativas tendem a cair mais em ambientes externos, associadas ao estado funcional e à mobilidade, por isso cerca de 10% das quedas ocorrem no ir e vir das pessoas idosas em ambientes externos para satisfazer as atividades da vida diária<sup>3,4</sup>.

De acordo com Caberlon e Bós<sup>3</sup>, as quedas e fraturas em pessoas idosas podem:

- a) afetar os múltiplos sistemas do organismo que controlam o equilíbrio, a locomoção, a mobilidade e a marcha;
- b) aumentar o nº de lesão medular e de traumatismo craniano (maior nos homens);
- c) exigir a realização de um maior nº de procedimentos ambulatoriais, domiciliares e hospitalares para tratamento e reabilitação;

d) acarretar elevado investimento tanto do ponto de vista financeiro quanto do ponto individual, familiar e social;

e) elevar os custos da Seguridade Social (saúde, assistência e previdência social);

f) provocar morte precoce por trauma em idosos<sup>3</sup>.

Para uma prevenção eficaz é fundamental desmistificar junto à população idosa e seus familiares e cuidadores os dez principais mitos sobre as quedas<sup>10</sup>; além de aplicar a cada pessoa idosa a escala de risco para avaliar a presença de risco para quedas, trabalhar com grupos que apresentam riscos de cair semelhantes e relatar um plano personalizado específico de prevenção de quedas à cada situação.

Os dez mitos em relação a quedas são:

- Mito 1: A queda acontece com outras pessoas, não comigo.
- Mito 2: A queda é normal, algo que acontece à medida que envelhecemos
- Mito 3: Se eu limitar minha atividade, eu não vou cair.
- Mito 4: Enquanto eu fico em casa, posso evitar a queda.
- Mito 5: A força muscular e flexibilidade não podem ser recuperadas.
- Mito 6: Tomar medicamento não aumenta o meu risco de queda.
- Mito 7: Eu não preciso avaliar minha visão e audição a cada ano.
- Mito 8: Usando um andador ou bengala vai me fazer mais dependente.
- Mito 9: Eu não preciso falar com ninguém sobre o meu medo de cair. Eu não quero preocupar ninguém por isso tenho que me manter independente.
- Mito 10: Não preciso falar com meu familiar se eu estou preocupado com o risco de cair. Isso vai ferir meus sentimentos e não é de sua conta.

A OMS em 2010 relata que a América Latina é a região que mais rapidamente envelhece hoje no mundo - o que implica em desafios importantes na implantação de políticas públicas que possibilitem a longevidade com melhor qualidade de vida<sup>6</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças CID 11. Classificação Internacional das doenças para estatísticas de mortalidade e morbidade. 11ª ed. São Paulo: EDUSP; 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1 167 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)  
([http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)).
3. Caberlon, IC, Bós AJG. Quedas e fraturas na Atenção à Saúde do Idoso no RS, Brasil. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. Tese de Doutorado. Novas Edições Acadêmicas, Saarbrücken: Germany: 2014.

4. Rodrigues RAP; Gimenes FRE; Fhon JRS; Kusumota L; Silva LM; Oliveira MP. Assistência de Enfermagem Gerontológica na segurança do idoso: enfoque queda. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Alvarez AM, Caldas CP, Gonçalves LHT, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idoso: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana: 2018. P.55-87. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).
5. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Projeto Diretrizes. Queda em Idosos: Prevenção. Brasília: DF; 2008.
6. Organização Mundial de Saúde. Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice. Tradução de Letícia Maria de Campos. São Paulo: SP; 2010.
7. Vieira LS Gomes AP; Bierhals IO; Farías-Antúnez S; Ribeiro CG; Miranda VIA; Bárbara H; Lutz BH; Barbosa-Silva TGB; Lima NP; Bertoldi AD; Tomasi E. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. *Rev Saude Publica*. 2018; 52:22.
8. Cruz DT; Leite ICG. Quedas e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2018; 21(5): 551-561.
9. Vieira CPB; Rocha, ACS; Carvalho, GMAlves; Sales, JCeS; Luz, MHBA; Figueiredo, MLF. Fatores de risco associados a quedas em idosos / Risk factors associated with falls in elderly. *Rev. enferm. UFPE on line*; 10(11): 4028-4035, nov. 2016. *Ilus*
10. Center for Research and Prevention of injuries CERPRI, Athens University. Athens-Greece; 2002. Disponível em <http://www.euroipen.org/erepri>. Traduzidos pelos autores.