

Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos da cidade de Londrina

Angélica do Prado Carlos

Isabele Hiromi Hamano

Cristiane de Fátima Travençolo

RESUMO: O presente estudo buscou identificar os fatores de risco e a prevalência de quedas em idosos de duas instituições asilares de Londrina. Participaram cinco idosos, sendo que três referiram queda com prejuízo em suas atividades habituais. Medidas como avaliação dos idosos; identificação dos fatores de risco; incentivo à prática de atividade física regular; uso adequado de calçados e vestuário; conscientização dos cuidadores e instalação de medidas de segurança podem minimizar o risco de quedas.

Palavras-chave: prevalência; quedas; idosos institucionalizados.

ABSTRACT: *The goal of this study was to identify the risk factors and prevalence of falls in elderly living in two institutions of the city of Londrina (south of Brazil). Five elderly participated, and three mentioned falls followed by limitations in their daily activities. Some measures may minimize the risk of falls: evaluation of the elderly; identification of risk factors; incentive to the regular practice of physical activity; adequate use of footwear and clothes; raising the awareness of caregivers; implementation of security measures.*

Keywords: *prevalence; falls; institutionalized elderly.*

Introdução

O envelhecimento populacional no Brasil está ocorrendo de modo acelerado, com importante aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas. A população de idosos tende a apresentar múltiplas comorbidades que potencializam grandes síndromes geriátricas como queda, demência, imobilismo, que comprometem a independência e a autonomia desses pacientes, gerando incapacidades, fragilidade, institucionalização e morte (Gazzola et al., 2006).

As manifestações somáticas do envelhecimento são geralmente bem evidentes e facilmente observáveis, porém pouco se sabe sobre a origem desse fenômeno comum a todos os seres vivos, havendo muita discordância quanto à verdadeira natureza e dinâmica do processo (Filho e Netto, 2000).

O envelhecimento era visto como um problema europeu, continente onde vive 12% da população mundial e cerca de 28% de pessoas com mais de 75 anos de idade. Porém, desde a década de 50, tem ocorrido crescimento expressivo da população idosa nos países de terceiro mundo (Perracini e Ramos, 2002).

Projeções para o ano de 2025 demonstram que o Brasil deverá possuir a sexta maior população de idosos do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos. No início do século, a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos, atingindo 43,2 em 1950 e 55,9 em 1960. Na década seguinte, ela passou a 57,1 e em 1980 atingiu 63,5 anos, esperando-se que até o ano de 2020 ela alcance 72 anos (Filho e Netto, 2000).

Durante o envelhecimento, diversos fatores podem influenciar a forma como ele ocorre. Às mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento somam-se patologias que podem tornar os indivíduos idosos mais frágeis e suscetíveis a quedas.

Queda é um dos temas mais valorizados pela gerontologia e uma fonte de grande preocupação por parte dos pesquisadores, principalmente quando as pessoas denominam esse evento como normal e decorrente do processo de envelhecimento (Fabrício, Rodrigues e Junior, 2004).

Segundo Santiago et al., 2004, queda é um fator não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial, sendo um problema crescente em uma população que envelhece.

Segundo Perracini (s/d) a queda pode ser classificada a partir da frequência com que ocorre e o tipo de consequência advinda do evento. A queda acidental é aquele 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. Em contrapartida, a queda recorrente expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, distúrbios do equilíbrio corporal dentre outros.

Pode também ser dividida de acordo com a presença ou não de lesões. As quedas com lesões graves são consideradas aquelas em que ocorrem fraturas, traumatismo crânio-encefálico dentre outros. Abrações, cortes, escoriações e hematomas são consideradas lesões leves (ibid.).

Há ainda outra classificação que leva em conta o tempo de permanência no chão. Queda prolongada é aquela em que o idoso permanece caído por mais de 15 a 20 minutos por incapacidade de levantar-se sem ajuda (ibid.).

As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair novamente, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Geram prejuízos físicos, psicológicos e aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados e principalmente pelo aumento das hospitalizações e necessidade de fisioterapia (Perracini e Ramos, 2002).

Casuística e método

O presente estudo foi realizado nas Instituições Lar das vovozinhas Gilda Marconi e Lar dos vovozinhos Raul Faria Carneiro na cidade de Londrina – PR.

Segundo Santiago et al., 2004, queda é um fator não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial, sendo um problema crescente em uma população que envelhece.

Segundo Perracini (s/d) a queda pode ser classificada a partir da frequência com que ocorre e o tipo de consequência advinda do evento. A queda acidental é aquele 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. Em contrapartida, a queda recorrente expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, distúrbios do equilíbrio corporal dentre outros.

Pode também ser dividida de acordo com a presença ou não de lesões. As quedas com lesões graves são consideradas aquelas em que ocorrem fraturas, traumatismo crânio-encefálico dentre outros. Abrações, cortes, escoriações e hematomas são consideradas lesões leves (ibid.).

Há ainda outra classificação que leva em conta o tempo de permanência no chão. Queda prolongada é aquela em que o idoso permanece caído por mais de 15 a 20 minutos por incapacidade de levantar-se sem ajuda (ibid.).

As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair novamente, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Geram prejuízos físicos, psicológicos e aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados e principalmente pelo aumento das hospitalizações e necessidade de fisioterapia (Perracini e Ramos, 2002).

Casuística e método

O presente estudo foi realizado nas Instituições Lar das vovozinhas Gilda Marconi e Lar dos vovozinhos Raul Faria Carneiro na cidade de Londrina – PR.

Foram incluídos todos os idosos que demonstraram capacidade cognitiva considerada normal pelo questionário Mini-Mental, aqueles que responderam ao roteiro de eventos de quedas e que aceitaram participar do estudo.

Os critérios de exclusão foram: idosos que não atingiram a pontuação mínima no Mini-Mental e que não aceitaram participar do estudo.

Os instrumentos utilizados foram questionário Mini-Mental, Roteiro de evento de quedas, Escala de Equilíbrio de Berg, Escala da Marcha de Tinetti, uma avaliação fisioterapêutica elaborada pelas pesquisadoras e um termo de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente, os idosos responderam ao questionário Mini-Mental para avaliação da capacidade cognitiva. Posteriormente, foi selecionada a amostra e feita uma avaliação fisioterapêutica, em seguida, os idosos participantes responderam ao roteiro de eventos de quedas, que contém 19 perguntas abertas sobre a última queda.

Junto com esse roteiro, foi aplicada a escala de equilíbrio de Berg que constitui de 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. A realização dessas tarefas é avaliada através de observação e a pontuação varia de 0-4 totalizando um máximo de 56 pontos. Também foi aplicada a escala de avaliação da marcha de Tinetti, que quanto menor o escore, maior o problema na marcha. Escore menor que 12 indica risco cinco vezes maior de quedas.

Todos os instrumentos utilizados foram aplicados pelas próprias pesquisadoras. Os responsáveis por cada instituição assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a realização do estudo.

Depois da coleta de dados foi realizada uma avaliação das instituições participantes para a identificação de barreiras arquitetônicas que pudessem dificultar a circulação dos moradores.

Foi utilizada análise descritiva para obtenção dos resultados.

Resultados

Dos 27 idosos residentes no Lar dos Vovozinhos, 25 (92,5%) apresentaram condições cognitivas para responder o questionário Mini-Mental e no Lar das Vovozinhas, 26 das 34 idosas, correspondendo a 76,4%.

Depois de aplicado o questionário Mini-Mental e calculada a pontuação que cada idoso atingiu, selecionamos a amostra para a segunda fase dos testes. Dos 25 homens que responderam, nove (36%) idosos alcançaram a pontuação mínima para responder os outros questionários. Das 26 mulheres, sete (26,9%) idosas alcançaram a pontuação mínima estabelecida pelo Mini-Mental.

Depois de selecionada a amostra de nove homens e sete mulheres, foram estabelecidos novos critérios de exclusão para dar continuidade ao estudo. Foram excluídos: um (11,1%) homem que durante o estudo teve um acidente vascular encefálico, seis (66,6%) cadeirantes (quatro homens e duas mulheres), um (11,1%) deficiente visual, e duas mulheres (28,5%) que se recusaram participar da segunda fase do estudo. Portanto a amostra final encontrada foi de três (33,3%) homens e duas (28,5%) mulheres.

As doenças comumente encontradas nos idosos pesquisados estão relatadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos idosos pesquisados

IDOSOS	DOENÇAS
Idosa I	AVE, bronquite crônica, DM, HAS, catarata (realizou cirurgia).
Idosa II	Catarata, HAS.
Idoso I	HAS, catarata, tabagista de longa data.
Idoso II	HAS, osteoartrose de joelho esquerdo.
Idoso III	HAS, catarata, claudicação (problema no tornozelo esquerdo), tabagista de longa data.

Resultados

Dos 27 idosos residentes no Lar dos Vovozinhos, 25 (92,5%) apresentaram condições cognitivas para responder o questionário Mini-Mental e no Lar das Vovozinhas, 26 das 34 idosas, correspondendo a 76,4%.

Depois de aplicado o questionário Mini-Mental e calculada a pontuação que cada idoso atingiu, selecionamos a amostra para a segunda fase dos testes. Dos 25 homens que responderam, nove (36%) idosos alcançaram a pontuação mínima para responder os outros questionários. Das 26 mulheres, sete (26,9%) idosas alcançaram a pontuação mínima estabelecida pelo Mini-Mental.

Depois de selecionada a amostra de nove homens e sete mulheres, foram estabelecidos novos critérios de exclusão para dar continuidade ao estudo. Foram excluídos: um (11,1%) homem que durante o estudo teve um acidente vascular encefálico, seis (66,6%) cadeirantes (quatro homens e duas mulheres), um (11,1%) deficiente visual, e duas mulheres (28,5%) que se recusaram participar da segunda fase do estudo. Portanto a amostra final encontrada foi de três (33,3%) homens e duas (28,5%) mulheres.

As doenças comumente encontradas nos idosos pesquisados estão relatadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos idosos pesquisados

IDOSOS	DOENÇAS
Idosa I	AVE, bronquite crônica, DM, HAS, catarata (realizou cirurgia).
Idosa II	Catarata, HAS.
Idoso I	HAS, catarata, tabagista de longa data.
Idoso II	HAS, osteoartrose de joelho esquerdo.
Idoso III	HAS, catarata, claudicação (problema no tornozelo esquerdo), tabagista de longa data.

Posteriormente, foram aplicadas a escala de Avaliação da Marcha de Tinetti e a Escala de Equilíbrio de Berg.

Das duas mulheres selecionadas obtivemos os seguintes resultados conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Pontuação das idosas

	Escala de marcha de Tinetti	Escala de equilíbrio de Berg
Idosa I	3 pontos	16 pontos
Idosa II	8 pontos	35 pontos

Dos três homens selecionados encontramos os resultados segundo a Tabela 3.

Tabela 3 – Pontuação dos idosos pesquisados

	Escala de marcha de Tinetti	Escala de equilíbrio de Berg
Idoso I	10 pontos	50 pontos
Idoso II	10 pontos	48 pontos
Idoso III	10 pontos	44 pontos

No roteiro de quedas, as duas senhoras relataram queda no último ano, sendo que a Idosa I teve como consequência uma fratura no antebraço esquerdo. As duas relataram ainda que a queda ocorreu após a refeição no final da tarde, estavam sentadas e ao se levantarem se desequilibraram e caíram, sendo que a primeira parte do corpo que tocou o chão foi o antebraço para Idosa I e o tórax para a Idosa II.

Encontramos também que a maior dificuldade delas é andar sem auxílio, sendo que, após a queda, restringiram as atividades habituais, como se vestir, tomar banho, andar, comer sozinha, devido ao medo, insegurança e dor.

Dos três idosos da amostra somente o Idoso II relatou queda no último ano, tendo como consequência uma luxação de joelho. Ele relatou

que estava andando e escorregou batendo o joelho contra a parede. A sua maior dificuldade é andar sozinho devido à dor, insegurança e medo de cair novamente.

Os Idosos I e III relataram apenas tropeções, escorregões, mas não chegaram a cair. Os acidentes sempre ocorreram depois das refeições, durante o dia, enquanto andavam, e restringiram algumas atividades como andar sozinho fora de casa e em terrenos irregulares devido à dor, insegurança, medo de cair e dificuldade de andar.

Discussão

A coleta de dados na instituição asilar transcorreu satisfatoriamente devido à colaboração dos idosos e cuidadores que responderam as perguntas sem restrições.

Em algumas questões, os idosos não responderam com precisão por não se lembrarem, como, por exemplo, data de nascimento, o nome e posologia dos medicamentos utilizados, etc. Nesses casos, as pesquisadoras, juntamente com funcionários, buscaram dados nos prontuários dos idosos. Porém, quando perguntados sobre as quedas os idosos se lembraram do ocorrido.

Encontrou-se um total de 61 idosos, sendo que foram incluídos no estudo somente cinco (8,1%) idosos.

Destes cinco idosos, três (60%) relataram quedas no último ano. Dos três que caíram duas (66,6%) eram mulheres e um (33,3%) homem. Mostrando uma maior prevalência de quedas entre as mulheres, apesar da pequena amostra.

Os dados encontrados foram semelhantes aos de Perracini (2000), Ramos (1985), Perracini e Ramos (2002), Gac et al. (2003).

Perracini (2000) verificou a prevalência de quedas observada através de dois inquéritos realizados numa coorte de idosos residentes na cidade de São Paulo. A prevalência foi de 30,9% no primeiro e 29,1% no segundo, sendo mais frequente no sexo feminino.

Ramos (1985) verificou em seu estudo que a ocorrência de quedas em mulheres idosas foi de 2,76 vezes maior do que entre homens.

que estava andando e escorregou batendo o joelho contra a parede. A sua maior dificuldade é andar sozinho devido à dor, insegurança e medo de cair novamente.

Os Idosos I e III relataram apenas tropeções, escorregões, mas não chegaram a cair. Os acidentes sempre ocorreram depois das refeições, durante o dia, enquanto andavam, e restringiram algumas atividades como andar sozinho fora de casa e em terrenos irregulares devido à dor, insegurança, medo de cair e dificuldade de andar.

Discussão

A coleta de dados na instituição asilar transcorreu satisfatoriamente devido à colaboração dos idosos e cuidadores que responderam as perguntas sem restrições.

Em algumas questões, os idosos não responderam com precisão por não se lembrarem, como, por exemplo, data de nascimento, o nome e posologia dos medicamentos utilizados, etc. Nesses casos, as pesquisadoras, juntamente com funcionários, buscaram dados nos prontuários dos idosos. Porém, quando perguntados sobre as quedas os idosos se lembraram do ocorrido.

Encontrou-se um total de 61 idosos, sendo que foram incluídos no estudo somente cinco (8,1%) idosos.

Destes cinco idosos, três (60%) relataram quedas no último ano. Dos três que caíram duas (66,6%) eram mulheres e um (33,3%) homem. Mostrando uma maior prevalência de quedas entre as mulheres, apesar da pequena amostra.

Os dados encontrados foram semelhantes aos de Perracini (2000), Ramos (1985), Perracini e Ramos (2002), Gac et al. (2003).

Perracini (2000) verificou a prevalência de quedas observada através de dois inquéritos realizados numa coorte de idosos residentes na cidade de São Paulo. A prevalência foi de 30,9% no primeiro e 29,1% no segundo, sendo mais frequente no sexo feminino.

Ramos (1985) verificou em seu estudo que a ocorrência de quedas em mulheres idosas foi de 2,76 vezes maior do que entre homens.

Para Perracini e Ramos (2002), as quedas são mais frequentes no sexo feminino devido à maior fragilidade em relação aos homens, maior prevalência de doenças crônicas, assim como o maior vínculo às atividades domésticas.

Para Gac et al. (2003), as quedas ocorrem mais no sexo feminino devido ao menor estado funcional, maior morbidade e maior presença de osteoartrose. Esses autores também sugerem que a perda da massa óssea resultante da redução do estrógeno a partir dos quarenta anos de idade também contribui para esses resultados.

No presente estudo, os idosos entrevistados apresentaram problemas de saúde como hipertensão arterial, catarata, acidente vascular encefálico, osteoartrose e diabetes mellitus.

No estudo de Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004), os problemas osteomusculares foram as queixas mais comuns entre os idosos, seguido de confusão mental, incontinência urinária, hipertensão arterial dentre outros.

Segundo Linhares et al. (2003), as doenças articulares são frequentes na população idosa e contribuem para a incapacidade funcional dessa população. A osteoartrose resulta em dor e imobilidade, favorecendo, portanto, a ocorrência de quedas.

Neste trabalho, o Idoso II referiu osteoartrose de joelho esquerdo e o Idoso III referiu dor no tornozelo esquerdo, embora não relatasse uma patologia específica. Apesar do número pequeno da amostra, os dados vão ao encontro da literatura pesquisada.

O uso de medicamentos estava presente em todos os idosos pesquisados, sendo os mais receitados: anti-hipertensivos, anticoagulantes, anticonvulsivantes dentre outros.

Segundo Rozenfeld (2003), a maioria dos idosos consome pelo menos um medicamento e cerca de 1/3 deles cinco ou mais diariamente. Essa autora também relatou que a farmacologia para indivíduos idosos tem peculiaridades, pois com a idade há redução da massa muscular e da água corporal. O metabolismo hepático e a capacidade de filtração

e excreção pelos rins podem se apresentar diminuídos. Disso decorre a dificuldade de eliminação de catabólitos, acumulando substâncias tóxicas e produzindo reações adversas.

De acordo com Guccione (2002), as drogas podem diminuir o alerta assim como a função psicomotora, causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente quando em doses inapropriadas.

Neste estudo, encontramos que dos três idosos que sofreram queda, dois (66,6%) sentem tonturas e fazem uso de mais de um medicamento. Portanto, os medicamentos devem ser cuidadosamente prescritos na população idosa, pois eles podem contribuir para o desequilíbrio, principalmente os sedativos, tranquilizantes, antidepressivos e anti-hipertensivos.

Dos três idosos que sofreram queda, dois (66,6%) relataram ter catarata, sendo que somente dois (50%) utilizam órtese visual, mas não utilizavam no momento da queda.

Segundo Centurion et al. (2003), catarata é a denominação dada a qualquer opacidade do cristalino, que não necessariamente afete a visão. É a causa de cegueira mais frequente em todo o mundo, acometendo 75% dos indivíduos acima de 70 anos. Nos países em desenvolvimento, constitui-se em grave problema de saúde pública.

A perda da capacidade visual afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes, dificultando a realização de atividades do cotidiano e a leitura. O déficit visual também dá origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica perda da autoestima, restrições ocupacionais e conseqüente diminuição da renda familiar.

Para a sociedade, representa encargo oneroso e perda da força de trabalho. Ocorre principalmente com a idade ou na presença de outros fatores de risco como contusões, doenças oftalmológicas, problemas orgânicos (como diabetes mellitus por exemplo), efeitos colaterais de certas medicações ou patologias congênitas.

A evolução da catarata torna o cristalino cada vez mais denso e opaco, dificultando a passagem da luz em direção à retina, a fim de atingir o nervo óptico e permitir a formação de imagens.

e excreção pelos rins podem se apresentar diminuídos. Disso decorre a dificuldade de eliminação de catabólitos, acumulando substâncias tóxicas e produzindo reações adversas.

De acordo com Guccione (2002), as drogas podem diminuir o alerta assim como a função psicomotora, causar fraqueza muscular, tontura, arritmia, hipotensão postural, principalmente quando em doses inapropriadas.

Neste estudo, encontramos que dos três idosos que sofreram queda, dois (66,6%) sentem tonturas e fazem uso de mais de um medicamento. Portanto, os medicamentos devem ser cuidadosamente prescritos na população idosa, pois eles podem contribuir para o desequilíbrio, principalmente os sedativos, tranquilizantes, antidepressivos e anti-hipertensivos.

Dos três idosos que sofreram queda, dois (66,6%) relataram ter catarata, sendo que somente dois (50%) utilizam órtese visual, mas não utilizavam no momento da queda.

Segundo Centurion et al. (2003), catarata é a denominação dada a qualquer opacidade do cristalino, que não necessariamente afete a visão. É a causa de cegueira mais frequente em todo o mundo, acometendo 75% dos indivíduos acima de 70 anos. Nos países em desenvolvimento, constitui-se em grave problema de saúde pública.

A perda da capacidade visual afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes, dificultando a realização de atividades do cotidiano e a leitura. O déficit visual também dá origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica perda da autoestima, restrições ocupacionais e conseqüente diminuição da renda familiar.

Para a sociedade, representa encargo oneroso e perda da força de trabalho. Ocorre principalmente com a idade ou na presença de outros fatores de risco como contusões, doenças oftalmológicas, problemas orgânicos (como diabetes mellitus por exemplo), efeitos colaterais de certas medicações ou patologias congênitas.

A evolução da catarata torna o cristalino cada vez mais denso e opaco, dificultando a passagem da luz em direção à retina, a fim de atingir o nervo óptico e permitir a formação de imagens.

Foi encontrado no estudo que os idosos que caíram apresentaram um escore menor na Escala de Marcha de Tinetti e na Escala de Berg. Os dados encontrados foram semelhantes ao estudo de Lojudice (2005), onde a dificuldade na marcha e equilíbrio foi vista em 49,5% dos casos.

Para Tinetti (1986), os idosos adotam mecanismos compensatórios para manter a postura adequada e uma marcha funcional, tais como alargamento da base de suporte, diminuição do comprimento e altura do passo e a redução da velocidade e do impulso.

As quedas por déficit de equilíbrio são as maiores causas de morbidade e mortalidade em idosos. Os idosos mais susceptíveis a quedas são aqueles que apresentam alguma enfermidade, especialmente as que levam às alterações da mobilidade, equilíbrio e controle postural, sendo a ocorrência de quedas diretamente proporcional ao grau de incapacidade funcional.

O risco de quedas pode ser minimizado com a prática de exercícios físicos. A atividade física tem sido comprovada como fator de melhora da saúde global do idoso, sendo o seu incentivo uma importante medida de prevenção das quedas, oferecendo aos idosos maior segurança na realização de suas atividades de vida diária.

Além disso, o exercício proporciona aumento do contato social, diminui os riscos de doenças crônicas, melhora a saúde física e mental, garante a melhora da performance funcional e conseqüentemente, leva a uma maior independência, autonomia e qualidade de vida do idoso.

Becker et al. (2003) realizaram um estudo prospectivo para avaliar os efeitos do treino de resistência e equilíbrio em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. De acordo com este estudo, a incidência de quedas foi significativamente menor no grupo de idosos que recebeu intervenção.

As instituições pesquisadas também apresentavam riscos ambientais que propiciavam as quedas nos moradores como: piso escorregadio, bancos sem encosto, cadeiras sem pés antiderrapantes, tapetes nas portas, piso com desnível, piso encerado nos quartos, banheiros sem corrimão, escadas sem corrimão, dentre outros. Todas as quedas analisadas nesse estudo ocorreram no pátio da instituição.

Para Carvalho et al. (1998), os obstáculos ambientais podem tornar-se forte ameaça à segurança e mobilidade naqueles que já apresentam distúrbios do equilíbrio e marcha.

O estudo demonstrou ainda que dos três idosos que caíram, dois (66,6%) referiram como consequência fraturas e contusões, sendo que todos relataram medo de cair novamente, insegurança e medo de andar.

No estudo de Fabrício (2002), a consequência mais frequente das quedas sofridas pelos idosos foi a fratura (64%).

Lojudice (2005) observou que a queda interferiu nas atividades de vida diária dos idosos, como caminhar, tomar banho, subir escadas, entre outras, semelhantes aos dados encontrados neste estudo.

É um consenso que a queda é um evento multifatorial de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, exigindo dessa forma uma abordagem multidisciplinar. O objetivo é manter a capacidade funcional da pessoa, entendendo esse novo conceito de saúde particularmente relevante para os idosos como manutenção plena das habilidades físicas e mentais, prosseguindo com uma vida independente e autônoma.

Diante disso, é importante investir em atividades preventivas, garantindo ao idoso melhor autonomia e, portanto, melhor qualidade de vida. Dessa forma, é indispensável uma avaliação adequada dos idosos e do ambiente que eles vivem o que deve ser efetuado por uma equipe multidisciplinar especializada, pois uma vez diagnosticados os fatores de risco envolvidos, é possível realizar intervenções com a finalidade de evitar quedas e suas consequências, tanto para os idosos quanto para a instituição e o sistema de saúde.

Considerações finais

O estudo descritivo da prevalência de quedas e seus fatores de risco realizado numa população de cinco idosos residentes na instituição Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos no município de Londrina – PR, decorreu de maneira satisfatória.

Para Carvalhal et al. (1998), os obstáculos ambientais podem tornar-se forte ameaça à segurança e mobilidade naqueles que já apresentam distúrbios do equilíbrio e marcha.

O estudo demonstrou ainda que dos três idosos que caíram, dois (66,6%) referiram como consequência fraturas e contusões, sendo que todos relataram medo de cair novamente, insegurança e medo de andar.

No estudo de Fabrício (2002), a consequência mais frequente das quedas sofridas pelos idosos foi a fratura (64%).

Lojudice (2005) observou que a queda interferiu nas atividades de vida diária dos idosos, como caminhar, tomar banho, subir escadas, entre outras, semelhantes aos dados encontrados neste estudo.

É um consenso que a queda é um evento multifatorial de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, exigindo dessa forma uma abordagem multidisciplinar. O objetivo é manter a capacidade funcional da pessoa, entendendo esse novo conceito de saúde particularmente relevante para os idosos como manutenção plena das habilidades físicas e mentais, prosseguindo com uma vida independente e autônoma.

Diante disso, é importante investir em atividades preventivas, garantindo ao idoso melhor autonomia e, portanto, melhor qualidade de vida. Dessa forma, é indispensável uma avaliação adequada dos idosos e do ambiente que eles vivem o que deve ser efetuado por uma equipe multidisciplinar especializada, pois uma vez diagnosticados os fatores de risco envolvidos, é possível realizar intervenções com a finalidade de evitar quedas e suas consequências, tanto para os idosos quanto para a instituição e o sistema de saúde.

Considerações finais

O estudo descritivo da prevalência de quedas e seus fatores de risco realizado numa população de cinco idosos residentes na instituição Lar das Vovozinhas e Lar dos Vovozinhos no município de Londrina – PR, decorreu de maneira satisfatória.

As inúmeras incapacidades físicas encontradas nos moradores das duas instituições pesquisadas fez com que a amostra final se tornasse pequena, porém os resultados obtidos foram semelhantes aos encontrados na literatura pesquisada.

No presente estudo, as quedas atingiram 60% da população estudada, sendo mais frequentes no sexo feminino (66,6%). Evidenciou-se um vínculo entre os eventos e os estados de equilíbrio e marcha, apurando-se que os idosos que caíram foram aqueles que apresentavam menor desempenho nas Escalas de Marcha de Tinetti e a Escala de Equilíbrio de Berg.

De acordo com a literatura consultada e os dados obtidos no estudo, verificou-se que a queda é um evento importante na população idosa institucionalizada e traz consequências que, de uma forma geral, interferem na qualidade de vida dos idosos.

Algumas medidas devem ser tomadas visando possibilitar o controle e a prevenção de quedas nos idosos institucionalizados: avaliação dos idosos com maior predisposição de sofrerem queda; identificação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos; realização de exames periódicos para avaliar a saúde do idoso; incentivo à prática de atividade física planejada e com acompanhamento; orientação quanto ao uso adequado de calçados e vestuários; conscientização dos cuidadores e instituições asilares, instalação de medidas de segurança ambientais como rampas, pisos antiderrapantes, corrimão nas escadas, banheiros adaptados, dentre outros.

Com base nos dados obtidos na pesquisa e na literatura, concluímos que os profissionais que prestam atendimento aos idosos, dotados de tais informações, podem instituir programas de prevenção de quedas, explorando, de acordo com o grau de capacidade funcional, o aumento de força muscular, resistência e equilíbrio dessa população.

Podem também colaborar com adaptações ambientais nas instituições, tornando-as mais seguras, estimulando a independência funcional do idoso, além de orientar sobre os riscos de queda e suas consequências.

Referências

- BECKER, C.; KRON, M.; LINDEMAN, U. et al. (2003). Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 51, n. 3.
- CARVALHAES, N; ROSSI, E.; PASCHOAL, S. et al. (1998). Quedas. In: I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Consensos de Gerontologia. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia,
- CARVALHO, A. de M. e COUTINHO, E. S. F. (2002). Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4.
- CAVANILLAS, A. B.; RUIZ, F. P.; MOLEÓN, J. J. J. et al. (2000). Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *European Journal of Epidemiology*. Granada, Andalusian Public Health Service, v. 16.
- CENTURION, V; FIGUEIREDO, C. G; CARVALHO, D. et al. (2003). Projeto Diretrizes. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Consenso Brasileiro de Oftalmologia.
- CLOSE, J; ELIIS, M; HOOPER, R et al. (1999). Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 353, n. 9.
- CWIKEL, J; FRIED, A.V; GALINSKY, D. et al. (1995). Gait and activity in the elderly: implications for community falls – prevention and treatment programmes. *Disability and Rehabilitation*, v. 17, n. 6.
- FABRÍCIO, S. C. C. (2002). Quedas em idosos atendidos em um hospital governamental do interior paulista: causas e consequências. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. e JUNIOR, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 1.

Referências

- BECKER, C.; KRON, M.; LINDEMAN, U. et al. (2003). Effectiveness of a multifaceted intervention on falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 51, n. 3.
- CARVALHAES, N; ROSSI, E.; PASCHOAL, S. et al. (1998). Quedas. In: I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Consensos de Gerontologia. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia,
- CARVALHO, A. de M. e COUTINHO, E. S. F. (2002). Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4.
- CAVANILLAS, A. B.; RUIZ, F. P.; MOLEÓN, J. J. J. et al. (2000). Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *European Journal of Epidemiology*. Granada, Andalusian Public Health Service, v. 16.
- CENTURION, V; FIGUEIREDO, C. G; CARVALHO, D. et al. (2003). Projeto Diretrizes. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Consenso Brasileiro de Oftalmologia.
- CLOSE, J; ELIIS, M; HOOPER, R et al. (1999). Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, v. 353, n. 9.
- CWIKEL, J; FRIED, A.V; GALINSKY, D. et al. (1995). Gait and activity in the elderly: implications for community falls – prevention and treatment programmes. *Disability and Rehabilitation*, v. 17, n. 6.
- FABRÍCIO, S. C. C. (2002). Quedas em idosos atendidos em um hospital governamental do interior paulista: causas e consequências. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. e JUNIOR, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 1.

- FERRER, M. L. P.; PERRACINI, M. R. e RAMOS, L. R. (2004). Prevalência de fatores ambientais associados a quedas em idosos residentes na comunidade em São Paulo. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 8, n. 2.
- FILHO, E. T. de C. e NETTO, M. P. (2000). *Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo, Atheneu.
- FREITAS, E. V.; NERI, A. L.; Py, L. et al. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- GAC, E. H.; MARÍN, P. P. L.; CASTRO, S. H. et al. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. *Revista Médica Chile*, v. 131, n. 8.
- GAZZOLA, J. M.; PERRACINI, M. R. e GANANÇA, M. M. (2006). Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 72, n. 5.
- GUCCIONE, A. A (2002). *Fisioterapia Geriátrica*. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- KATO, E. M. (2006). *Correlação entre equilíbrio e capacidade funcional na doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado. São Paulo, USP.
- LINHARES, C. R. da C.; GUIMARÃES, R. M.; CAMPOS, A. P. M. et al. (2003). Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 16, n. 2.
- LOJUDICE, D. C. (2005). *Quedas em idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- MACIEL, A. (2002). *Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico*. Rio de Janeiro, Revinter.
- MARTINS, V. M. C. (1999). *Quedas em Pacientes Geriátricos* (Online, 04/09/2007, <http://www.bireme.br>).
- NETTO, M. P. (1996). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu.
- PEREIRA, L. S. M.; BASQUES, F. V. e MARRA, T. A. (1999). Avaliação da marcha em idosos. *Revista Mundo Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 4.

- PEREIRA, S.R.M; BUKSMAN, S; PERRACINI, M. R et al. (2001). Projeto Diretrizes Quedas em Idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- PERRACINI, M. R. (s.d.). Prevenção e manejo de quedas no idoso (Online, 24/10/2006, <http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas>).
- (2000). Fatores associados à quedas uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo. Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.
- PERRACINI, M. R. e RAMOS, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde*, v. 36.
- RAMOS, T. A. G. (1985). Acidentes na velhice: aspectos epidemiológicos. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Salvador, Universidade Federal da Bahia.
- ROZENFELD, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n. 3.
- RUIPÉREZ, I. C. e LLORENTE, P. D. (2002). *Geriatria Guia Prático de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Mcgrawhill.
- SANTIAGO, A. L. M.; MOREIRA, J. S.; SILVA, E. G. et al. (2004). Mobilidade, quedas e qualidade de vida em idosos comunitários. *Fisioterapia em movimento*, v. 17, n 2.
- SANTOS, M. L. C. e ANDRADE, M. C. (2005). Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 29, n. 1.
- TINETTI, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *JAGS*, v. 34, n. 2.
- UMPHRED, D. A. (2004). *Reabilitação Neurológica*. 4 ed. São Paulo, Manole.

Data de recebimento: 10/10/2008; Data de aceite: 15/5/2009.

- PEREIRA, S.R.M; BUKSMAN, S; PERRACINI, M. R et al. (2001). Projeto Diretrizes Quedas em Idosos. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- PERRACINI, M. R. (s.d.). Prevenção e manejo de quedas no idoso (Online, 24/10/2006, <http://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas>).
- (2000). Fatores associados à quedas uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo. Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.
- PERRACINI, M. R. e RAMOS, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde*, v. 36.
- RAMOS, T. A. G. (1985). Acidentes na velhice: aspectos epidemiológicos. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem. Salvador, Universidade Federal da Bahia.
- ROZENFELD, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n. 3.
- RUIPÉREZ, I. C. e LLORENTE, P. D. (2002). *Geriatria Guia Prático de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Mcgrawhill.
- SANTIAGO, A. L. M.; MOREIRA, J. S.; SILVA, E. G. et al. (2004). Mobilidade, quedas e qualidade de vida em idosos comunitários. *Fisioterapia em movimento*, v. 17, n 2.
- SANTOS, M. L. C. e ANDRADE, M. C. (2005). Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 29, n. 1.
- TINETTI, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *JAGS*, v. 34, n. 2.
- UMPHRED, D. A. (2004). *Reabilitação Neurológica*. 4 ed. São Paulo, Manole.

Data de recebimento: 10/10/2008; Data de aceite: 15/5/2009.

Angélica do Prado Carlos – Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Filadélfia (Unifil), Londrina-PR. E-mail: angel-pr@ig.com.br.

Isabele Hiromi Hamano – Graduada em fisioterapia pelo Centro Universitário Filadélfia (Unifil), Londrina-PR. E-mail: isabelehamano@yahoo.com.br.

Cristiane de Fátima Travensolo – Fisioterapeuta – Universidade Estadual de Londrina – UEL, Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória – InCor, FMUSP, Mestre em Gerontologia – PUC-SP, Docente do Centro Universitário Filadélfia (Unifil), Londrina/ PR. E-mail: cristravensolo@hotmail.com.

O ambiente da velhice no país: por que planejar?*

*Farah Rejenne Corrêa Mendes
Beltrina Côrte*

RESUMO: O processo do envelhecimento é, hoje, objeto de várias pesquisas no mundo. No Brasil, tem deixado de ser apenas uma preocupação da saúde e socioeconômica, tornando-se uma preocupação de várias áreas da ciência pelas necessidades e exigências do mundo que envelhece, considerando-se o meio em que vivem, seja o espaço público ou seu domicílio. Pesquisas demonstram que o ambiente domiciliar agrega valores econômicos, sociais, emocionais, afetivos e de saúde ao longo da vida, e exerce influência na vida dos idosos, no seu bem-estar. A casa representa o maior bem conquistado ao longo da vida, o que implica o não desejo de mudar, permeado pelo sentimento de conquista, afetividade, bem-estar, privacidade, independência, autonomia e segurança. O artigo traz uma reflexão sobre o ambiente domiciliar e a complexidade que envolve o envelhecimento. Discute a contribuição para políticas públicas e habitacionais que contemplem os projetos residenciais acessíveis e adaptáveis, considerando as mudanças fisiológicas e funcionais do ser humano, proporcionando ambientes que permitam uma relação harmoniosa em todas as fases da vida, contribuindo para o bem-estar e a permanência do idoso em sua casa, seu espaço afetivo.

Palavras-chave: ambiente domiciliar; casa; idoso; velhice; longevidade; planejar.

* Agradecimentos especiais a Maria do Socorro Oliveira – Terapeuta Ocupacional (São Luís-MA).