

Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras

Falls in the elderly: a public health problem unknown by the community and neglected by many health professionals and by Brazilian health authorities

Arlindo Maciel¹

RESUMO

¹ Geriatra. Preceptor de residência médica do Hospital Governador Israel Pinheiro do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG, Professor do Curso de Especialização (Pós-Graduação em Geriatria) do Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento - CIAPE - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Quedas são eventos mórbidos frequentes na população idosa. Causam lesões físicas, distúrbios emocionais, declínio funcional e morte. Infelizmente, não é entendido pela comunidade e por muitos profissionais como um problema de saúde, tampouco é enfatizado pelas autoridades sanitárias brasileiras. As quedas têm origem multifatorial e suas causas podem ser diagnosticadas e prevenidas com medidas relativamente simples. Para tanto, é necessário que se desenvolvam estratégias que incluam a educação da comunidade, a formação e o treinamento de profissionais e a inclusão do tema nos programas de saúde pública do país. O presente artigo tem como objetivo chamar a atenção para a intensidade e a gravidade desse problema.

Palavras-chave: Acidentes por Quedas; Acidentes por Quedas/prevenção & controle; Idoso; Saúde Pública.

ABSTRACT

Falls are frequent morbid events in the elderly population. They cause physical injury, emotional distress, functional decline and death. Unfortunately, it is not understood by the community and by many professionals as a health problem, nor is it emphasized by Brazilian health authorities. The falls are multifactorial in origin and their causes can be diagnosed and prevented with relatively simple measures. Thus it is necessary to develop strategies that include community education, education and training of professionals and the inclusion of the issue in public health programs in the country. This article aims to draw attention to the intensity and severity of this problem.

Key words: Accidental Falls; Accidental Falls/prevention & control; Aged; Public Health

INTRODUÇÃO

O crescimento acelerado da população de idosos em várias partes do mundo gera, como consequência, aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, especialmente das "grandes síndromes geriátricas", entre as quais se destacam as quedas.

Representam grave problema de saúde pública, cuja dimensão tem sido percebida pela sociedade brasileira e cujo impacto não tem sido discutido adequadamente nos meios acadêmicos (com raras exceções), menos ainda no âmbito das políticas de saúde. Além disso, as quedas não despertam a devida atenção da maioria dos médicos e de outros profissionais da saúde, que ainda as consideram

Recebido em: 09/09/2009
Aprovado em: 10/03/2010

Instituição
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)
Belo Horizonte-MG, Brasil.

Endereço para correspondência:
Av. Francisco Sales, 359/1501
Bairro: Floresta
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30150-220
E-mail: arlindo@uai.com.br

inevitável com o envelhecimento. As quedas são, na realidade, eventos mórbidos multifatoriais, causadores de lesões, de distúrbios emocionais, de declínio funcional e morte¹, cujas causas podem ser diagnosticadas e prevenidas, com conseqüente redução de morbidade, mortalidade e custos financeiros.² Para isso, é necessário que se instrua a comunidade, que se formem profissionais e que se apliquem protocolos validados de avaliação e intervenção no nível de atenção primária de saúde por equipes adequadamente treinadas.

Este artigo analisa o impacto epidemiológico das quedas, os principais fatores de risco e como devem ser prevenidos. Destacam-se a magnitude desse problema e as medidas educacionais e sanitárias eficazes para a sua prevenção.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência e incidência de quedas

As quedas são eventos comuns, pouco valorizados e relatados por idosos e seus familiares, a não ser que provoquem lesões importantes. O risco aumenta linearmente com o avançar da idade em ambos os sexos, sendo mais alto entre mulheres.³ Sua ocorrência é observada em um terço e em metade dos idosos que vivem em comunidade e em asilo, respectivamente. São recorrentes na metade das vezes,⁴⁻⁶ constituindo-se no acidente mais comum em idosos hospitalizados.³

Morbidade e mortalidade

As lesões acidentais são a sexta causa de morte em idosos e as quedas são responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos e mais.^{7,8} O risco de morte em um ano em pacientes internados devido às quedas é de 15 a 50%. No Brasil, a participação das quedas na mortalidade proporcional por causas externas cresceu de 3 para 4,5% de 1984 a 1994, respectivamente.⁹

As quedas, além dos possíveis traumas e do risco de morte, levam à restrição das atividades, ao declínio na qualidade da saúde, à incapacidade e ao risco de internação em instituições de longa permanência (asilos). Além disso, geram aumento dos custos devido à utilização de serviços especializados e pelo aumento das internações hospitalares.¹⁰

FATORES DE RISCO

A maioria das quedas resulta da interação de fatores relacionados ao indivíduo (intrínsecos) e fatores ambientais (extrínsecos).⁶ Os fatores *intrínsecos* incluem: idade, quedas anteriores, redução da acuidade visual, tontura, distúrbios do equilíbrio e da marcha, lesões do sistema nervoso, doenças do aparelho locomotor, comprometimento dos mecanismos reguladores da pressão arterial (barorreceptores), os quais predispõem à hipotensão ortostática, ao distúrbio cognitivo, à depressão e aos transtornos do sono. Os fatores *extrínsecos* relacionam-se às condições de pisos, iluminação, escadas, cadeiras, mesas, leitos, banheiros, calçados, de órteses mal-adaptadas, das barreiras físicas e uso de mais de quatro tipos de medicamentos. Parece haver forte relação entre quedas e o uso de benzodiazepínicos, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes e antiarrítmicos da classe IA.^{11,12} O risco de quedas também é mais alto em indivíduos após internação hospitalar, principalmente no primeiro mês após a alta.⁹

AValiação CLÍNICA

Os idosos devem ser questionados sobre a ocorrência de quedas, pelo menos uma vez ao ano. Devem ser avaliados também para fatores de risco potenciais para as quedas.^{12,13}

A avaliação criteriosa do paciente que caiu é essencial para se determinar a causa, a circunstância e os mecanismos da queda, o que permite estabelecer estratégias para a prevenção de novos episódios. Os caídores recorrentes (dois ou mais episódios em 12 meses) e aqueles com risco de cair devem ser submetidos à avaliação clínica quando os seguintes aspectos devem ser destacados: 1. Na história: doenças agudas; as condições do ambiente em que vive; a história de quedas anteriores e a atividade no momento da queda; onde e quando a queda ocorreu; prodromos como vertigem, pré-síncope ou desequilíbrio; a simultaneidade de perda da consciência; o tempo de recuperação da consciência; o uso de medicamentos (psicofármacos, anti-hipertensivos, antiarrítmicos, hipoglicemiantes, anticolinérgicos, anticonvulsivantes); a ingestão de bebidas alcoólicas; a existência de incontinência urinária; 2. No exame físico: os sinais vitais (com medida da pressão na posição supina e em ortostatismo); o estado de hidratação e de nutri-

ção; a acuidade visual e auditiva; a função cognitiva; as características do aparelho cardiovascular; a função músculo-esquelética com atenção para os pés (calos, cravos, deformidades, ausência de sensibilidade, tipo de calçado); as alterações neurológicas, com ênfase na coordenação, no tônus muscular, na propriocepção, no equilíbrio e na marcha.

PREVENÇÃO

As medidas preventivas objetivam evitar o trauma e os seus efeitos. Isso poderá ser alcançado a partir do diagnóstico e prevenção das condições capazes de provocar as quedas; da prevenção e tratamento da osteoporose; da melhoria do estado geral, incluindo da agilidade e da força muscular. São eficazes os programas de prevenção realizados na comunidade e em asilos para reduzir os episódios das quedas.¹⁵⁻¹⁷ O objetivo fundamental deve ser maximizar o estado funcional e reduzir o risco de lesão. Para tanto, o profissional ou a equipe de saúde deve identificar e tratar as doenças envolvidas, melhorar o apoio social e as condições ambientais.

As medidas preventivas incluem orientações aos pacientes e aos seus familiares sobre o risco de cair e as suas consequências; a segurança do ambiente em que vive e transita; o estilo de vida (dieta, exercícios físicos); a avaliação geriátrica global periódica com atenção para a função cognitiva, os distúrbios de humor, a capacidade de realizar as atividades de vida diária, as condições sociais; a racionalização da prescrição e a correção da polifarmácia; a avaliação oftalmológica anual; a avaliação nutricional; a indicação de fisioterapia e de exercícios físicos; a correção de fatores de risco ambiental e as medidas de promoção de saúde, com atenção para a prevenção e tratamento da osteoporose.

INTERVENÇÕES

Os caidores e os portadores de fatores de risco requerem medidas preventivas que incluem revisão da medicação, correção de déficits visuais, tratamento da hipotensão ortostática, mudanças ambientais, exercícios, treino do equilíbrio e de marcha e indicação correta de bengalas, andadores e outros¹³ (Tabela 1).

Tabela 1 - Intervenção sobre fatores de risco de quedas

Fatores de risco	Intervenção
Episódio anterior de queda	Verificar circunstância, corrigir causas
Uso de medicamentos - Psicotrópicos, anticonvulsivantes, antiarrítmicos, hipotensores.	Rever e reduzir ou suspender
Visão - Acuidade, profundidade, redução da percepção de contrastes, cataratas	Providenciar iluminação adequada, sem reflexos, encaminhar ao oftalmologista
Hipotensão postural - Queda da PA sistólica ortostática em 20 mmHg ou mais em relação à PA na posição supina	Detectar e tratar a causa
Distúrbios do equilíbrio e da marcha - Relatado pelo paciente, familiares ou cuidadores - Exame do equilíbrio e da marcha	Determinar e tratar a causa subjacente, reduzir medicamentos que afetam o equilíbrio intervenção ambiental, introduzir fisioterapia, com treino do equilíbrio e da marcha
Problemas neurológicos - Redução da propriocepção - Redução da cognição - Redução da força muscular	Determinar e tratar a causa subjacente, estimular os mecanismos proprioceptivos, reduzir ou suspender medicamentos que afetam a cognição, reduzir riscos ambientais, encaminhar à fisioterapia para treino de marcha, do equilíbrio e para reforço muscular
Comprometimento do sistema músculo-esquelético (músculos, articulações, pés)	Determinar a causa, introduzir fisioterapia (reforço muscular, treino do equilíbrio e da marcha)
Distúrbios cardiovasculares Síncopes, arritmias	Determinar causa e tratar
Problemas ambientais	Corrigir pisos escorregadios ou irregulares, evitar calçados com piso derrapante, manter iluminação noturna

CONCLUSÕES

As quedas na idade avançada representam grave problema de saúde pública, tratado como circunstância menor por muitos profissionais e gestores da saúde brasileiros. Apesar da sua complexidade etiológica, os episódios de quedas podem ser reduzidos com a aplicação de medidas preventivas, conforme aqui delineado. Para isso, é necessário que se instrua a sociedade e se capacitem profissionais para atender à população geriátrica. A comunidade pode ser alcançada a partir de campanhas “corpo a corpo” ou veiculadas pelos meios de comunicação; e a capacitação de profissionais depende da introdução de disciplinas relacionadas à geriatria e à gerontologia nos cursos de Medicina e afins.

A identificação dos pacientes com risco de cair, seguida da aplicação de medidas de prevenção, possibilitará a redução nos episódios de quedas na população idosa, o que implicará a redução do sofrimento, a incapacidade, a morte e o impacto social.

REFERÊNCIAS

1. Edelberg HK. Fall and function: how to prevent falls and injuries in patients with impaired mobility. *Geriatrics*. 2001; 56:41-5.
2. Rubinstaein LZ. Falls in elderly people. *Epidemiology, risk factors and strategies for prevention*. *Age Ageing*. 2006; 35(supl 2):ii37-41.
3. Tideiksaar R. Prevalence of falls in the elderly. In: Tideiksaar R. *Falling in old age*. New York: Springer Publishing Company; 1989. p. 1-9.
4. Duti E. Falls. *Med Clin N Am*. 1989; 73(6):1321-36.
5. Dunn JE, Rudberg MA, Funer SE, Cassel CK. Mortality, disability, and falls in older persons: the role of underlying disease and disability. *Am J Public Health*. 1992; 82(3):395-400.
6. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 2003; 348(1):42-9.
7. Fuller GF. Problem-oriented diagnosis: falls in the elderly. *Am Fam Physician*. 2000; (61):2159-68.
8. Elderberg HK, Lyman K, Wei JY. Notation of previous falls in admission record of hospitalized elderly. *Aging*. 1998; 10(1):67-70.
9. Pereira SRM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. *Quedas em idosos*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001. p. 3-9.
10. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):709-16.
11. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47:30-9.
12. Ninodim JO, Alexander NB. Assessing falls in older adults. *Geriatrics*. 2005; 60(10):24-9.
13. Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milan AB, Ray WA. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med*. 1998; 339:875-82.
14. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics society, British Geriatrics Society, Academy of Orthopedic Surgeons Panel on falls Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(5):664-72.
15. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, *et al*. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1994; 331(13):821-7.
16. Wagner EH, Lacroix AZ, Grothaus L, Leveille SG, Hecht JA, Artz K, *et al*. Preventing disability and falls in older adults: a population-based randomized trial. *Am J Public Health*. 1994; 84(11):1800-6.
17. Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Thapa PB, Brown AK, Kajihara HK, *et al*. A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes. *JAMA*. 1997; 278(7):557-62.