

**PERFIL E PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS****PROFILE AND PREVALENCE OF FALLS IN ELDERLY****PERFIL Y PREVALENCIA DE CAIDAS EN IDOSOS**

Karine Vaccaro Tako¹, Lucélia Costa Andrade², Heloysa Morganna de Lima Marinho³, Vanessa Santos das Neves⁴, Ana Evelyn dos Santos⁵, Marcelo Santos Lopes⁶, Layanna Danielle Andrade Reinoso Trindade⁷, José Antônio Barreto Alves⁸

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência, a frequência e os fatores associados às quedas entre os idosos. **Método:** estudo quantitativo, populacional, de delineamento transversal, cuja população-alvo constitui-se de idosos residentes em área urbana. Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas no domicílio na área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde. Foram aplicados 420 questionários contendo até 95 itens. Utilizou-se, para a tabulação dos dados, o Programa Excel. Em seguida, eles foram apresentados em tabela, após a análise estatística simples. **Resultados:** observou-se o predomínio do sexo feminino, com mulheres casadas e alfabetizadas, apesar da baixa escolaridade. As principais comorbidades encontradas foram a diminuição da acuidade visual e a hipertensão. Apenas 24,3% sofreram queda no último ano, mas a maioria afirmou ter medo de cair. **Conclusão:** a queda é um evento comum, tendo pouca consequência entre jovens. É um problema importante entre os idosos não só pela frequência, mas pelos danos físicos e psicológicos que causam. **Descritores:** Idoso; Acidentes por Quedas; Envelhecimento; Epidemiologia; Saúde do Idoso; Serviços De Saúde Para Idosos.

ABSTRACT

Objective: to verify the prevalence, frequency and factors associated with falls among the elderly. **Method:** quantitative, population-based, cross-sectional study, whose target population consists of elderly people living in urban areas. Data were collected through interviews conducted at home in the area covered by four Basic Health Units. 420 questionnaires containing up to 95 items were applied. The Excel Program was used to tabulate data. Next, they were presented in table, after simple statistical analysis. **Results:** a predominance of the female sex, married women and literate despite low schooling. The main comorbidities were decreased visual acuity and hypertension. Only 24.3% fell last year, but most said they were afraid of falling. **Conclusion:** fall is a common event, with little consequence among young people. It is a major problem among the elderly, not only because of the frequency, but also because of the physical and psychological. **Descritores:** Aged; Accidental falls; Aging; Epidemiology; Health of the Elderly; Health Services for the Aged.

RESUMEN

Objetivo: verificar la prevalencia, la frecuencia y los factores asociados a las caídas entre los ancianos. **Método:** estudio cuantitativo, poblacional, de delineamiento transversal, cuya población-alvo se constituye de ancianos, residentes en área urbana. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas realizadas en el domicilio en el área de cobertura de cuatro Unidades Básicas de Salud. Se aplicaron 420 cuestionarios que contenían hasta 95 ítems. Utilizó para la tabulación de los datos, el programa Excel. En seguida se presentaron en la tabla, después de un análisis estadístico simple. **Resultados:** se observó un predominio del sexo femenino, con mujeres casadas y alfabetizadas, a pesar de la baja escolaridad. Las principales comorbidades encontradas fueron la disminución de la agudeza visual y la hipertensión. Sólo el 24,3% sufrieron una caída en el último año, pero la mayoría afirmó tener miedo de caer. **Conclusión:** la caída es un evento común, teniendo poca consecuencia entre jóvenes. Es un problema importante entre los ancianos, no sólo por la frecuencia, sino por los daños físicos y psicológicos que causan. **Descritores:** Anciano; Accidentes por Caídas; Envejecimiento; Epidemiología; Salud del Anciano, Servicios de Salud para Ancianos.

¹Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal de Sergipe/UFSE. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: karinetako@hotmail.com; ^{2,6}Acadêmicos de Medicina, Universidade Federal de Sergipe/UFSE. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: luceliandrade20@hotmail.com; marcelopeskvm@gmail.com; ³Acadêmica de Fisioterapia, Universidade Federal de Sergipe/UFSE. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: heloyza_morgganna@hotmail.com; ⁴Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/UFSE. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: nessinhasantosneves@hotmail.com; ⁵Acadêmica de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Sergipe/UFSE. Lagarto (SE), Brasil. E-mail: anaevelynsts@gmail.com; ⁷Enfermeira, Especialista em Gestão de Saúde Pública e da Família, Universidade Tiradentes/UNIT. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: layreinoso@yahoo.com.br; ⁸Enfermeiro, Professor Doutor em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe/UFSE. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: antoniobalves@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países da América Latina, vem passando por uma transição demográfica, ou seja, está havendo mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade de maneira rápida, fazendo com que passe de um regime demográfico, de altas taxas de natalidade e mortalidade, para a baixa taxa de mortalidade e conseguinte baixa taxa de fecundidade, levando a um envelhecimento da população. O grande problema no Brasil, como em países subdesenvolvidos, é que a população envelhece em meio a economias frágeis, desigualdade social e econômica.¹

O envelhecimento feminino, em número, é maior que o masculino devido a diversos fatores, como diferenças biológicas por hormônio, diferenças no consumo de álcool e tabaco e diferenças de atitudes em relação à doença. Portanto, como consequência da maior longevidade, as mulheres são mais expostas à violência doméstica, discriminação no acesso à educação e baixa renda.¹

Associada à transição demográfica, ocorrem mudanças nos padrões de saúde e doença que interagem com determinantes sociais, caracterizando a transição epidemiológica.

Durante a transição epidemiológica, houve um momento onde as pandemias de doenças infecciosas foram substituídas por doenças degenerativas, acarretando mudanças nos padrões de mortalidade e morbidade. Omran (1971) dividiu esse momento em três estágios:

1º - Idade da pestilência e da fome: caracterizada por uma estagnação das taxas de óbitos em níveis extremamente altos por um longo período. As principais causas de morte eram a gripe, a pneumonia, a diarreia, a varíola, a tuberculose e atingiam mais os jovens, gerando uma expectativa de vida que oscilava entre 20 e 40 anos. 2º - Idade da regressão das pandemias: nesse período, os picos e depressões de mortalidade estavam associados à implementação de saneamento básico e medidas médicas favorecendo, assim, melhores condições sociais e de saúde. Doenças e agravos crônicos não transmissíveis atingiam adultos e velhos, assim, a expectativa de vida aumentou para cerca de 50 anos.

3º - Idade das doenças degenerativas e doenças causadas pelo homem: nessa época, as principais causas de mortes eram doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias, que tendem a matar em idades próximas do limite biológico. A expectativa de vida aumentou para 70 anos.¹

Além disso, tanto a transição demográfica, quanto a epidemiológica acabam repercutindo no sistema público de saúde, visto que esse sistema não está preparado para a alta demanda de idosos, pois precisa dividir os recursos com a atenção prestada aos jovens, que ainda é parcela significativa da população brasileira. Essa repercussão também se estende para o sistema previdenciário, pois o aumento da expectativa de vida acaba gerando desemprego para a terceira idade, acarretando o aumento do orçamento previdenciário.²

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as bases para um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Envelhecer corresponde a mudanças graduais, inevitáveis e individuais relacionadas à idade, mas que não impedem o indivíduo de desfrutar de boa saúde e um estilo de vida dinâmico e saudável dentro de suas limitações. Alguns conceitos tornam-se importantes para compreender o processo fisiológico do envelhecimento. Assim, surge a necessidade de saber diferenciar o que é natural da idade e o que não faz parte desse processo de envelhecimento. Nesse contexto, a senescência é o período em que os declínios físico e mental são lentos e graduais e em que há uma diminuição da reserva funcional. É uma fase normal da vida de um indivíduo sadio, não é uma manifestação doentia. Enquanto a senilidade é a fase do envelhecer em que o declínio físico é mais acentuado e há desorganização mental, desenvolvimento de uma condição patológica que manifesta uma incapacidade progressiva para a vida ativa.³

O termo queda é definido como um evento não intencional em que o corpo passa da sua posição inicial para um nível mais baixo, com incapacidade de correção imediata, desestabilizando o indivíduo. A queda, bem como suas lesões resultantes, é considerada, hoje, problema de saúde pública, promovendo impacto social sobre países com avançado envelhecimento populacional.⁴

Estudo revelou que a incidência de quedas por faixa etária é de 28% a 35% nos idosos com mais de 65 anos, sendo maior em idosos com mais de 75 anos, 32% a 42%. Além disso, a ocorrência de quedas é maior em mulheres, devido à baixa produção de hormônio, à osteoporose, na faixa etária de 70-80 de idade, com baixa escolaridade e com consumo de mais de uma medicação. Alguns estudos abordam que 30% a 60% da população com

mais de 65 anos caem anualmente e metade apresenta mais de duas quedas, sendo que os que já sofreram queda correm maior risco de cair novamente.⁴ Frequentemente, esses episódios de quedas levam a algum tipo de lesão de menor ou maior gravidade e fraturas. Destas, as mais comuns são as vertebrais, fêmur, úmero, rádio distal e costelas.

As quedas na população idosa são frequentes e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. As consequências das quedas, durante o envelhecimento, podem ser a diminuição da autonomia, a dificuldade na realização das atividades da vida diária, a ocorrência de fraturas, o medo ou “Síndrome pós-queda”, o isolamento social ou a depressão, com o aumento dos custos dos serviços de saúde e até a morte. As ocorrências das quedas podem ser evitadas com medidas preventivas adequadas, identificando, principalmente, as causas e desenvolvendo estratégias que reduzam essas ocorrências, como incentivando a prática de exercício físico, dieta balanceada, orientando os pacientes e seus cuidadores com as correções dos fatores ambientais, Tai Chi Chuan, correções visuais e avaliação geriátrica.⁵

OBJETIVO

- Verificar a prevalência, a frequência e fatores associados às quedas entre os idosos.

MÉTODO

Estudo quantitativo, populacional, de delineamento transversal, cuja população-alvo constitui-se de sujeitos com 60 anos ou mais, residentes na área urbana do município de Lagarto (SE), Brasil.

Nesta pesquisa, os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas no domicílio de 420 idosos moradores na área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana do município de Lagarto - SE, sendo que os indivíduos foram divididos igualmente entre as microáreas das UBS. Foram aplicados 420 questionários semiestruturados, contendo até 95 itens, envolvendo aspectos sociodemográficos, saúde geral, utilização do SUS, ocorrência de queda, bem como características relacionadas à queda. Utilizou-se, como instrumento para a tabulação dos dados, o programa *Microsoft Excel*. A análise dos dados foi realizada de maneira descritiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética sob o parecer n.º 1.357.830 (CAAE 49245815.8.0000.5546).

RESULTADOS

Ao se analisar os questionários aplicados, pode-se concluir que, no tocante às características sociodemográficas, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino, branca, que reside em Lagarto e com uma média de 45,6 anos. Dessa amostra, 64% sabem ler, apesar do nível de escolaridade ser baixo, pois a maioria só estudou até o primário. A maior porcentagem dos entrevistados era de casados, com uma média de 36,4 anos. A média de filhos dos entrevistados foi de 5,09 e vivem nos domicílios, em média, 2,68 pessoas.

Em relação ao fator satisfação em relação à vida, 84,3% dos entrevistados dizem ser satisfeitos com suas vidas. A parcela não satisfeita apontou, como principal fator para a insatisfação, problemas de saúde, ficando, em segundo lugar, os conflitos de relacionamentos pessoais.

Quando indagados sobre o seu estado de saúde, 47,4% avaliam sua saúde como regular, apesar de 88,3% dos entrevistados não terem deixado de realizar suas atividades rotineiras nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista e 98,8% não terem ficado acamados no mesmo período de tempo.

Quanto ao uso de medicamentos, 65,9% fazem uso contínuo de algum medicamento, numa média de 2,27 comprimidos por dia.

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto aos problemas de saúde mais comuns. Lagarto (SE), Brasil, 2017.

Variáveis	n	%
Uso de óculos	267	63,6
Problemas com memória	92	21,9
Depressão	33	7,8
Artrose	101	24,0
Reumatismo	40	9,5
Doenças do coração	42	10,0
Pressão alta	213	50,7
Diabete	81	19,3
Total	896	30,3

Em relação à utilização dos serviços de saúde, 15,2% dos entrevistados relataram que possuíam plano de saúde médico ou odontológico, enquanto que 84,8% não possuíam. No quesito de utilização do Sistema Único de Saúde, 91,2% usufruíam dos serviços, enquanto 8,8% não utilizam e 82,6% chegaram a utilizar os serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS). Dos entrevistados, 57,8% costumavam procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) quando estavam doentes; 24,5%, o consultório de clínica particular e 17,5 % costumavam procurar outros tipos de serviços.

Nos últimos 12 meses, 81,7% dos entrevistados se consultaram com algum médico, obtendo uma média de 3,44% de consultas durante o ano. Quando indagados se chegaram a ficar internados durante o ano, 91% não relataram internamento, mas, dos 9% que se internaram, a média foi de 1,78% vezes ao ano, com duração de 6,64 dias.

Quando questionados se receberam visita de algum profissional de saúde em sua residência, 80% afirmaram positivamente, relatando o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como sendo o profissional que mais visitava as residências.

Em relação às quedas no último ano, 75,7% não sofreram, porém, os 24,3% que caíram tiveram, como média de quedas, 1,69% vezes no ano. Dos 81,9% que afirmaram ter medo de cair, 43,5% relataram não deixar de fazer suas atividades. Dos que caíram, 54,4% relataram como local da queda sua residência, no período da manhã (67,3%), sendo a área externa (23,6%), quarto (20%) e banheiro (18,2%) os principais cômodos da casa como locais específicos da queda. A grande maioria (54,5%) não tropeçou em algo; 50,5% não necessitaram de ajuda para se levantar após a queda e 90,1% não perderam a consciência quando caíram; 68,3% falaram que, quando caíram, o corpo foi para frente, não conseguiram se apoiar para evitar a queda. Relataram que não usavam óculos no momento em que caíram (33,7%) e não se sentiram tontos (81,2%). As quedas, em sua maioria, geraram dor (26,7%), seguida de

hematomas (23,7%); 75,3% não procuraram nenhum serviço de saúde após as quedas, mas, dos que procuraram, 48,5 % recorreram aos serviços do hospital. Das quedas que geraram hospitalização (6,4%), a média foi de 8,66 dias. 76,3% dos entrevistados não receberam orientações sobre quedas.

DISCUSSÃO

Independentemente da idade, todo mundo cai. A queda é um evento comum na vida das pessoas e, muitas quedas, especialmente em crianças e adultos jovens, têm pouca consequência e não apresentam nenhum impacto funcional.⁶

De acordo com dados do DATASUS, a população idosa de Lagarto, em 2012, era de 10.476 idosos. A parcela da amostra que sofreu alguma queda foi de 102 idosos. Por esses dados, pode-se calcular que a incidência de quedas na cidade de Lagarto gira em torno de 9,73/1000 habitantes.

As quedas são um problema importante entre os idosos, não só por sua frequência, mas, principalmente, por suas consequências, sendo comum que as pessoas se preocupem apenas com as lesões físicas ocasionadas, negligenciando as consequências psicológicas e os danos sociais decorrentes do evento. Uma das principais consequências psicológicas é o medo que o idoso desenvolve após uma queda, tornando-o menos ativo e mais dependente de familiares e cuidadores⁷. Nos resultados, pode-se perceber bem claro esse tópico, pois a grande maioria afirmou ter medo de cair novamente, e até mesmo os que não caíram têm medo de, um dia, cair.

Com o envelhecimento, aumentou também a prevalência de doenças neurodegenerativas, enfermidades cardiovasculares e metabólicas, influenciando o número de medicamentos consumidos por idosos. Logo, associou-se que os idosos, com risco de quedas, são os que usufruem de muitos medicamentos e esses podem causar algumas alterações no corpo, como a sonolência e a perda do equilíbrio⁸. Essa relação também pode ser encontrada nos dados coletados, onde a maioria dos idosos

que caíram faz uso contínuo de medicamentos e sofre de algumas doenças comuns à comunidade.

CONCLUSÃO

Este estudo reitera o impacto do fenômeno queda, enquanto uma questão de saúde pública, no município de Lagarto (SE), Brasil. Da mesma forma, destaca a necessidade de investimentos em campanhas de conscientização e informação para idosos, familiares e cuidadores para contribuir para a redução do número de quedas em idosos nos próximos anos. A subnotificação é outro aspecto relevante, que tende a subestimar a ocorrência do evento, desfavorecendo o planejamento de medidas de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos na transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan 15];4(17):135-40. Available from: <http://www.redalyc.org/html/842/84201703/>
2. Maciel A. Falls in the elderly: a public health problem unknown by the community and neglected by many health professionals and by Brazilian health authorities. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 18];20(4):554-7. Available from: <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/336/v20n4a12.pdf>
3. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde, Rev esc enferm USP. 2011 Dec;45(2):1763-176. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>
4. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes: quedas em idosos: prevenção [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2001 [cited 2009 June 10]. Available from: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
5. Ribeiro AP, Souza RE, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciênc saúde coletiva. 2008 July/Aug;13(4):1265-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400023>
6. Chandler JM. Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: Guccione AA. Fisioterapia geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 265-77.

Submissão: 09/02/2017

Aceito: 05/10/2017

Publicado: 15/11/2017

Correspondência

Karine Vaccaro Tako
Universidade Federal de Sergipe
Departamento de Educação em Saúde
Av. Governador Marcelo Déda, 13
Bairro Centro
CEP: 49400-000 — Lagarto (SE), Brasil