

PERFIL DE QUEDAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS

PROFILE OF FALLS IN ELDERLY AND ITS CONSEQUENCES BIOPSYCHOSOCIAL

Aline de Oliveira Lima

Enfermeira graduada pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

Marta Maria Soares Lourenço

Enfermeira graduada pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

Juliana Mineu Pereira Medeiros

Enfermeira. Docente Orientadora de Estágio da Escola Profissionalizante EEEP Abigail Sampaio do Curso Técnico em Enfermagem CENTEC/SEDUC. Preceptora de Estágio da Disciplina de Processo de Cuidar em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

Regina Cláudia Melo Dodt

Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Assistencial do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) e Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Docente nível IX da FAMETRO.

Manuela de Mendonça Figueiredo Coelho

Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE). Doutoranda em Enfermagem em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE). Docente da FAMETRO.

Denizelle de Jesus Moreira Moura

Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva. Mestre em Enfermagem em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE). Doutoranda em Enfermagem em Cuidados Clínicos em Saúde (UECE). Docente da FAMETRO.

RESUMO

A pesquisa objetiva caracterizar a ocorrência de quedas e suas consequências biopsicossociais em idosos. Trata-se de estudo transversal, descritivo, com uma amostra de 53 idosos residentes em uma instituição de longa permanência na cidade de Fortaleza-Ceará. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada. A queda foi evidenciada como um evento recorrente em 62,3% dos idosos, sendo mais frequente na faixa etária de 65 a 70 anos (26,4%); os locais de maior ocorrência foram o quarto (26,4%) e corredores (22,6%); 50,9% dos idosos caíram pela primeira vez entre 60 e 70 anos; a queda trouxe consequências negativas nos aspectos biológicos (81,1% apresentam dor), psicológicos (58,5% referiram mudança de comportamento) e sociais (71,7% foram institucionalizados e 64,2% relataram interrupção de atividades). O processo de envelhecimento da população é um fenômeno irreversível e que não pode ser negligenciado pela Enfermagem, em decorrência das mudanças físicas, psicológicas e sociais adjuntas desse período.

Palavras-chave: Enfermagem. Acidentes por quedas. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Study sought to characterize the occurrence of falls and their biopsychosocial consequences in the elderly. This cross-sectional, descriptive study with a sample of 53 elderly residents in a long-stay institution in the city of Fortaleza, Ceará. Data were collected through a semi-structured interview. The fall was observed as a recurrent event in 62.3% of participants, being more frequent in the age group 65-70 years (26.4%); the most frequent sites were the fourth (26.4%) and runners (22.6%); 50.9% of the elderly fell for the first time between 60 and 70 years; the fall has brought negative consequences on biological aspects (81.1% had pain), psychological (58.5% reported behavior change) and social (71.7% and 64.2% were institutionalized reported interruption). The process of population aging is an irreversible phenomenon that can not be overlooked by nursing, due to the adjoin physical, psychological and social changes of the period.

Keywords: Nursing. Accidental falls. Health of the elderly.

Recebido em: 21/05/2014

Aceito em: 21/10/2014

1 INTRODUÇÃO

No decorrer dos últimos anos, a população mundial passa por um processo de envelhecimento progressivo, caracterizado por uma fase do ciclo biológico que acompanha alterações biopsicossociais.

O Brasil também passa por esta transição demográfica como resultado do declínio na taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Isto ocorre em um país marcado historicamente e culturalmente por uma grande desigualdade social e alta concentração de renda. De acordo com a previsão da Organização Mundial da Saúde (OMS), a população com mais de 60 anos crescerá de tal modo que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.

O processo de envelhecimento caracteriza-se por um declínio harmônico do organismo, tanto em nível anatômico, como funcional, ocasionando redução de força, encurtamento muscular, hipomobilidade articular e perdas sensoriais. A velhice em indivíduos saudáveis também apresenta redução na capacidade de desempenho motor, dificultando o controle do equilíbrio, da postura e da marcha (DELGADO *et al*, 2008). Essas alterações constituem fatores de risco para problemas como queda e perda ou diminuição da independência.

Segundo Ribeiro *et al* (2008), a queda é definida como um evento acidental que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil.

O cuidado de enfermagem assiste ao homem em todos os ciclos de vida. Esse cuidado deve ser individualizado de forma a atender suas necessidades e integralidade. Para o idoso, esse cuidado envolve a prevenção de quedas e suas possíveis complicações. Com a promoção da acessibilidade por meio de um ambiente seguro, seja no domicílio ou na instituição, possibilita ao idoso viver com independência, autonomia e dignidade (FREITAS *et al*, 2011).

Uma importante consequência do envelhecimento populacional é o aumento de

idosos com dependência e, conseqüentemente, com necessidade de institucionalização. Estima-se que 40% das pessoas com 65 anos ou mais necessitarão de cuidados em uma Instituição de Longa Permanência para idosos (IPLI) durante a sua vida. Estima-se que 0,6% a 1,3% da população brasileira idosa encontra-se em uma ILPI (BOAS, 2007).

Frente a essa problemática, surgem os questionamentos: Quais as principais características da ocorrência de queda em idosos? Quais as conseqüências biopsicossociais da queda em sua vida?

Nessa perspectiva, esse estudo objetiva caracterizar a ocorrência de quedas e as conseqüências destas para os idosos, contribuindo no planejamento e na implementação de cuidados, a fim de diminuir sua ocorrência. Para o idoso, a ausência de quedas e promoção de um ambiente seguro lhe confere qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. A população da ILPI consta de 103 idosos, incluindo desde idosos independentes e sem doenças agudas até idosos em pós-operatório ou em fase terminal. Foram selecionados os idosos que sofreram queda e estavam em condições físicas e cognitivas de responder à pesquisa, totalizando uma amostra de 53 pessoas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, adaptada a partir do instrumento de Furtado (2008). Os dados relacionados ao uso de medicações e doenças foram consultados nos prontuários.

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa e realizado após a emissão de um parecer favorável com o número de protocolo (08386825-9). O consentimento dos participantes foi efetivado por escrito por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram respeitados todos os princípios éticos da Declaração de Helsinki de 2000 e resolução 466/12, que regulamenta pesquisa com seres humanos.

3 RESULTADOS

Ao caracterizar o perfil de quedas em idosos institucionalizados e as consequências em sua qualidade de vida, torna-se indispensável conhecer suas características sociodemográficas e clínicas, uma vez que esses fatores podem tornar o idoso mais frágil e vulnerável.

Com relação ao sexo dos participantes, contou-se uma homogeneidade na amostra com pequena diferença na quantidade de homens e mulheres que sofreram quedas. A média de idade foi de 73 anos, com desvio padrão de $\pm 5,75$. A renda dos participantes variou de 1 a 3 salários mínimos, com 86,8% recebendo apenas 1 salário. Esse fato pode ser justificado pela baixa escolaridade, uma vez que 30,2% eram analfabetos. Em relação aos pacientes que mantinham casamento dentro da instituição, observou-se que 39,6% dos idosos são casados e foram separados do convívio de seus cônjuges pelos seus familiares.

A tabela 2 (ver apêndice) expõe um predomínio de doenças crônicas, tais como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (71,7%) e diabetes mellitus (DM) (41,5%). Dentre os pacientes diabéticos, 22,5% apresentam lesões ou sequelas decorrentes da doença de base, tais como déficit visual. A presença de doenças osteoarticulares, que tornam o idoso mais vulnerável a queda, tais como artrite e osteoporose, foi identificada em 34% e 30,2% dos idosos, respectivamente.

O presente estudo permitiu a observação da diversidade de doenças em um mesmo indivíduo. Dentre as comorbidades, a associação mais comum foi de HAS e DM (13,2%). Tal fato pode justificar o uso de dois ou mais fármacos em 88,7% dos participantes.

A avaliação do estado de saúde, por sua vez, é um atributo pessoal e relaciona-se com a qualidade de vida. Mesmo tendo comorbidades e estando institucionalizados, 24,5% relataram estado de saúde ótimo ou bom. No entanto, predominaram os que referiram não ter bom estado de saúde (51% relataram como regular e 24,5% como péssimo).

A ILP em estudo abriga 103 idosos. Des-

tes, 53 sofreram quedas, demonstrando a elevada incidência desse evento. Esse fato ainda é mais alarmante ao observarmos sua recorrência (62,3% dos indivíduos da amostra caíram de 2 a 4 vezes).

Quanto à idade, a tabela 3 demonstra que a maioria dos idosos tiveram a primeira queda entre 70 e 75 anos (30,2%). Sabe-se que, com o aumento da idade, ocorrem perdas próprias da fisiologia humana relacionadas a fatores intrínsecos e extrínsecos, tornando os idosos mais frágeis. A maioria das quedas ocorreu, sobretudo, nos 10 primeiros anos (50,9%).

Observou-se que os locais onde os idosos mais caíram eram no quarto (26,4%) e corredor (22,6%). As quedas no quarto ocorriam pela pouca iluminação desse ambiente no período noturno. Já os corredores são ambientes de circulação de diversas pessoas que podem deixar objetos soltos no chão tornando o idoso mais suscetível a cair. Corroborando com esse dado, ressaltamos que a maior ocorrência de quedas se deu no período da noite (41%).

A tabela 3 (ver apêndice) demonstra que 56,6% dos idosos caíram ao deambular; 21% foram surpreendidos ao caírem enquanto dormiam, demonstrando a necessidade do uso de grades de proteção na cama; e 5,4% caíram ao levantar bruscamente, o que pode ser atribuído à hipotensão ortostática. Dos que caíram, 80% precisaram de atendimento médico em decorrência da magnitude e gravidade da queda.

Na tabela 4 (ver apêndice), observamos que a soma dos valores é maior do que o total da amostra, demonstrando a ocorrência de mais de uma dessas consequências em um mesmo indivíduo. A queda trouxe consequências negativas nos aspectos biológicos (81,1% apresentam dor), psicológicos (58,5% referiram mudança de comportamento) e sociais (71,7% afastaram-se do convívio familiar e de outras pessoas conhecidas, devido à institucionalização, e 64,2% relataram interrupção de atividades).

4 DISCUSSÃO

A homogeneidade na incidência entre

homens e mulheres, identificada no presente estudo, contrapõe-se a outros estudos que identificaram maior frequência do sexo feminino com 70,9% (n=139) e o masculino com 29,1% (n=57) (SILVA *et al*, 2012).

Em países em desenvolvimento, a longevidade dos indivíduos está atrelada aos avanços tecnológicos vinculados à área de saúde, tais como a disponibilização de vacinas na rede pública, ao surgimento de antibióticos e quimioterápicos que promovem a cura ou tratamento efetivo contra várias patologias (SILVA, 2011).

Com relação à faixa etária, os dados demonstram que há diferenças na distribuição das idades dos indivíduos que fizeram parte da amostra. Há maior número de idosos entre as faixas de 65 a 70 anos e entre 75 a 80 anos, ambas faixas com 26,4%. De acordo com Rocha *et al* (2010), esse aumento da expectativa de vida da população apresenta como uma de suas consequências uma maior tendência à exposição dos indivíduos ao agravo. A ocorrência de queda pode estar intimamente relacionada à idade, quanto mais idoso, mais susceptível o indivíduo estará.

A renda influencia na possibilidade do idoso ser cuidado no domicílio por um cuidador formal, o que requer um nível socioeconômico mais elevado, ou em uma ILPI. Ressaltamos que 39,6% dos idosos são casados e foram separados do convívio de seus cônjuges. As justificativas relatadas foram falta de condições financeiras, físicas ou emocionais para cuidar de ambos. Dessa forma, o mais dependente fica institucionalizado e o outro fica em sua residência, podendo potencializar as chances desse idoso desenvolver doenças depressivas.

Quando perguntado sobre medo de quedas, 56,6% responderam que sim. O medo relatado está relacionado a experiências anteriores e tem aspecto negativo, pois colabora para a diminuição das atividades diárias.

Quanto ao uso combinado de medicações, ressaltamos a necessidade da racionalização dos mesmos para que não haja outros comprometimentos por efeitos colaterais, medicações antagonistas ou outros prejuízos advindos do seu uso indiscriminado. No Brasil, cujo número de medicamentos disponíveis no

mercado aumentou 500% nos últimos anos, apresentando cerca de 17.000 nomes genéricos/ comerciais, o consumo de múltiplos medicamentos ocorre em distintas cidades. Na cidade de Fortaleza, observou-se que 13,6% dos idosos usavam cinco ou mais medicamentos prescritos (SECOLI, 2010).

A equipe multiprofissional deve priorizar os pacientes que utilizam muitos fármacos, principalmente os da classe de benzodiazepínicos, para dispor medidas preventivas, a fim de diminuir os agravos. Os usos de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, podem provocar reações adversas com desfechos clínicos críticos para idosos como quedas, fraturas de quadril, prejuízo na memória, confusão e isolamento social (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010).

Mesmo tendo comorbidades e estando institucionalizados, 24,5% relataram estado de saúde ótimo ou bom. No entanto, predominaram os que referiram não ter bom estado de saúde.

Quanto à idade, a tabela demonstra que a maioria dos idosos teve a primeira queda entre 60 e 70 anos. Sabe-se que com o aumento da idade ocorrem perdas próprias da fisiologia humana relacionadas a fatores intrínsecos e extrínsecos tornando os idosos mais frágeis. De acordo com estudos, essas mudanças implicam comprometimento dos mecanismos de controle postural, alterando a postura, marcha e equilíbrio (FHON *et al*, 2013; SECOLI, 2010).

Observou-se que os locais onde os idosos mais caíram foram o quarto e o corredor. A queda no quarto dá-se pela pouca iluminação desse ambiente no período noturno. Já os corredores são ambientes de circulação de diversas pessoas que podem deixar objetos soltos no chão, tornando o idoso mais suscetível a quedas.

Em estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, observou-se que os locais onde mais ocorreram quedas foram a rua (30,9%), o quarto (25%), o banheiro (17,6%), o pátio e outros locais (13,2%), e o turno de maior ocorrência foi o diurno (85,8%). A ocorrência de quedas ocorreu nos turnos da tarde (50,7%), da manhã (35,2%) e da noite (14,1%) (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010). Em outro estudo, foi verificado

que 54% das quedas apresentaram como causa ambiente inadequado, seguidos por doenças neurológicas (14%) e doenças cardiovasculares (10%). Uma proporção de 10% das quedas teve causa ignorada (FABRÍCIO, 2004).

A dor e a interrupção de atividades ocasionadas pela queda podem tornar o idoso mais sedentário, sentindo-se incapaz de realizar suas atividades diárias. Os idosos institucionalizados, em geral, dispõem de poucas atividades físicas para participarem, o que pode agravar o ciclo envelhecimento, menor capacidade funcional e sedentarismo (GAUTÉRIO, 2012).

Diante deste fato, muitos idosos são institucionalizados, pois necessitam de um cuidado individualizado, cercado por uma equipe multiprofissional, com aparatos que visem minimizar as quedas. Identificamos que a referida ILPI dispõe de aparatos que auxiliam a locomoção dando-lhes uma melhor qualidade de vida, tais como, bengalas, andadores, barras de ferro no banheiro, iluminação adequada e pisos antiderrapantes.

Nesse contexto, a enfermagem tem um papel essencial na prevenção de quedas com atividades assistenciais, educativas e de gerenciamento. Importante estratégia de prevenção é a organização do ambiente e o uso de roupas e calçados adequados. Além disso, o cuidado de enfermagem deve envolver as doenças de base e promover ações educativas que visem a prevenção de doenças e promoção da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno irreversível e que não pode ser negligenciado pela Enfermagem em decorrência das mudanças físicas, psicológicas e sociais adjuntas desse período.

Os cuidados de enfermagem denotam em planos individuais, coletivos e familiares de forma a manter um ambiente seguro, minimizando os riscos de queda.

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa será possível o planejamento de ações de educação e cuidados à saúde e a implementação de atividades preventivas.

É relevante que os profissionais façam uma avaliação constante de todos os idosos no sentido de levantar informações acerca de características intrínsecas e extrínsecas que podem levar o indivíduo a cair, bem como implementação de estratégias que auxiliem a reabilitação de força muscular e capacidade funcional.

Faz-se necessária também a supervisão da equipe de saúde nos ambientes em que ocorrem, com maior frequência, a queda, minimizando a incidência desta, colaborando para uma melhor qualidade de vida dos residentes da instituição.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S. S. E.; CALDAS C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosos participantes e não participantes de um programa de exercícios terapêuticos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 4, p. 324-330, 2008
- ÁLVARES, L. M.; LIMA, R. C.; SILVA, R. A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 31-40, jan. 2010.
- BOAS, V.; FERREIRA, P. J. F.; ANJOS A. L. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 126-129, 2007
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, 2004
- FHON, J. R. S., ROSSET, I; FREITAS, C. P.; SILVA, A. O.; SANTOS, J. L. F.; RODRIGUES, R. A. P. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013.
- FREITAS, R. *et al.* Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, 2011.
- GAUTÉRIO, D. P.; SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; BARROS, E. J.; BAUMGARTEN, L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v 46, n. 6, p. 1394-1399, 2012

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MONTENEGRO, S. M. R. S.; SILVA, C. A. B. Os Efeitos de um Programa de Fisioterapia como Promotor de Saúde na Capacidade Funcional de Mulheres Idosas Institucionalizadas. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2007

RIBEIRO A. P. *et al.* A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, 2008.

SECOLI, S. R.; Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan.-fev., 2010.

SILVA A. *et al.* Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Cienc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 8, p. 2181-2190, 2012.

TOLEDO, D. R.; BARELA, J. A. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 267-275. 2010

APÊNDICE A - TABELAS COM DADOS DA PESQUISA

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência. Fortaleza/CE, 2013.

Características sociodemográficas	N	(%)
Sexo		
Mulheres	26	49,0
Homens	27	51,0
Idade		
60 l- 65	8	15,1
65 l- 70	14	26,4
70 l- 75	8	15,1
75 l- 80	14	26,4
85 l-1 85	9	17,0
Escolaridade		
Analfabeto	16	30,2
Nível Fundamental	14	26,4
Nível Médio	16	30,2
Nível Superior	7	13,2
Renda		
01 Salário mínimo	46	86,8
02 Salários mínimos	3	5,7
03 Salários mínimos	4	7,5
Estado civil		
Solteiro	8	15,1
Casado	21	39,6
Divorciado	24	45,3

Total de participantes: n = 53

Tabela 2: Perfil clínico dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Fortaleza/CE, 2013.

Características clínicas	N	(%)
Doenças		
Hipertensão Arterial	38	71,7
Dislipidemia	31	58,5
Depressão	22	41,4
Diabetes Mellitus	22	41,5
Artrite	18	34,0
Osteoporose	16	30,2
Distúrbios Visuais	15	28,3
Distúrbios auditivos	10	18,9
Hipertensão + Diabetes Mellitus	7	13,2
Hipertensão + Osteoporose	5	9,4
Hipertensão + Dislipidemia + Diabetes	3	5,7
Quantidade de fármacos em uso		
1 medicamento	6	11,3
2 medicamentos	10	18,9
3 medicamentos	15	28,3
4 ou mais medicamentos	22	41,5
Autoavaliação do estado de saúde		
Ótimo	5	9,4
Bom	8	15,1
Regular	27	51,0
Péssimo	13	24,5

Total de participantes: n = 53

Tabela 3: Caracterização do evento queda em idosos residentes de uma instituição de longa permanência, Fortaleza/CE, 2013.

Características da queda	FA	(%)
Nº de quedas		
1	20	37,7%
2	15	28,3%
3	08	15,0%
4	10	19,0%
Idade da primeira queda		
60 – 70 anos	27	50,9%
70- 80 anos	22	41,5%
80- 85 anos	4	7,6%
Local		
Quarto	14	26,4%
Corredores	12	22,6%
Rua	11	21,0%
Banheiro	9	17,0%
Refeitório	7	13,0%
Horário		
Noite	22	41%
Manhã	21	40%
Tarde	10	19%
O que estavam fazendo		
Caminhando	30	56,6%
Dormindo	11	21%
Tomando Banho	9	17%
Levantando-se bruscamente	3	5,4%
Medo de quedas		
Sim	30	56,6%
Não	23	43,4%

Tabela 4: Consequências biopsicossociais da queda em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Fortaleza/Ce, 2013.

Consequências na qualidade de vida	FA	(%)
Dor	43	81,1
Institucionalização	38	71,7
Interrupção de Atividades	34	64,2
Mudanças de comportamento	31	58,5