

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS
IDOSOS NO AMBIENTE DOMICILIAR**

KARINA CARDOSO PENA GONTIJO

**FORMIGA – MINAS GERAIS
2011**

KARINA CARDOSO PENA GONTIJO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS
IDOSOS NO AMBIENTE DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Anadias Trajano Camargos

KARINA CARDOSO PENA GONTIJO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS DOS
IDOSOS NO AMBIENTE DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Anadias Trajano Camargos

Banca Examinadora

Professora Anadias Trajano Camargos
Professora Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte: 10 / 12 / 2011

“Quero apenas que te outonizes com paciência e doçura. As folhas caem, é certo, e os cabelos também, mas há alguma coisa de gracioso em tudo isso: parábolas, ritmos, tons suaves. Outoniza-te com dignidade, meu velho.”

Fala, Amendoeira –
Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Este estudo objetiva realizar uma proposta de intervenção para prevenir e/ou minimizar riscos de quedas em idosos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Primavera no município de Divinópolis, MG. A maioria das quedas ocorre no próprio lar do idoso, cujas causas estão principalmente relacionadas ao ambiente físico. As quedas em idosos são muito prevalentes, causadas por múltiplos fatores associados e trazem sérias conseqüências físicas, psicológicas e sociais, determinando complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Quedas. Acidentes por quedas. Fatores de risco.

ABSTRACT

This study aims at a proposal for intervention to prevent and / or minimize risk of falls in the elderly in the area covered by the Spring Family Health Strategy in the city of Divinópolis, MG. Most falls occur in the home for the elderly, whose causes are mainly related to the physical environment. Falls are very prevalent in the elderly, caused by multiple factors and have serious consequences physical, psychological and social complications that adversely alter determining the quality of their lives. Their occurrence can be avoided with proper preventive measures, identifying causes and developing methods to reduce their occurrence.

Keywords: Health of the elderly. Falls. Injuries from falls. Risk factors.

SUMÁRIO

1	Introdução -----	7
2	Objetivos -----	11
2.1	Objetivo Geral	
2.2	Objetivos Específicos	
3	Metodologia -----	11
3.1	Revisão da Literatura-----	12
4	Proposta de Intervenção -----	17
5	Considerações Finais -----	20
	Referências -----	22
	Apêndice A -----	24

1 Introdução

Uma das grandes mudanças observadas no mundo nas últimas décadas foi a universalização do processo de transição demográfica, no qual percebe-se a mudança de uma situação de mortalidade e natalidade elevadas para uma situação com mortalidade e natalidade baixas, com aumento da proporção de idosos (COSTA *et al.*, 2001)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000) considera uma população envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% com tendência a crescer. De acordo com o Censo Populacional de 2010, os brasileiros com 60 anos ou mais representam 11% da população total.

Sabe-se que o envelhecimento da população no mundo é um fato irreversível e que deverá se acentuar no futuro próximo imediato, daí a importância do planejamento de ações de promoção de saúde específicas para esta faixa etária.

O crescimento da população idosa desperta nossa atenção para a saúde desse grupo, bastante susceptível a quedas. No Brasil, cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano (PEREIRA, 2001).

O tema estudado é uma fonte de preocupação principalmente quando pessoas denominam esse evento como sendo normal e próprio do processo de envelhecimento. Tem sido verificado nos serviços de emergência dos EUA que as quedas são eventos freqüentes e causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65 anos (FULLER, 2000).

Estudos realizados em comunidades americanas mostram que 30% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez ao ano, sendo que 40% delas têm idade acima de 80 anos. Segundo alguns estudos, mais de dois terços dos idosos que têm uma queda cairão novamente nos seis meses subseqüentes (BARAFF, 1997).

Segundo Perracini (2000), idosos com idade superior a 75 anos de idade que necessitam de ajuda para realizar as atividades cotidianas como alimentar-se, tomar banho, caminhar em superfície plana, realizar higiene íntima, vestir-se, pentear os cabelos, sair da cama, escovar os dentes, dentre outras, têm uma probabilidade de cair 14 vezes mais do que as pessoas da mesma idade que são independentes. O fato de deixar de realizá-las ou até mesmo de precisar de ajuda para tanto pode causar imobilidade e conseqüente atrofia muscular facilitando a queda. Quando o idoso cai há uma tendência à diminuição de suas atividades diárias, seja por medo de expor-se ao risco de queda como por atitudes protetoras da sociedade e familiares/cuidadores. As pessoas passam a ver o idoso que cai como um fraco, muitas vezes afastando-o de tais atividades.

A queda ocorrida entre os idosos traz sérias conseqüências físicas, psicológicas e sociais. Muitos idosos com quedas convivem diariamente com o medo de cair, limitando progressivamente suas atividades. Fabrício (2004, p.38) considera que:

A queda tem grande impacto na vida do idoso no que se refere às atividades da vida diária. Provoca maior dependência para a realização de atividades como: deitar/levantar-se, caminhar em superfície plana, cortar unhas dos pés, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar das finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e subir escadas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), presta assistência básica à saúde da população adscrita em sua área de abrangência, valorizando as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas, bem como busca a execução das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso.

São diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 2006, p.7):

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável
- Manutenção e recuperação da capacidade funcional
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção
- Implantação de serviços de atenção domiciliar
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para profissionais de saúde, gestores e usuários
- Promoção de cooperação nacional e intrnacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL,2006) tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente os considerados frágeis ou vulneráveis, indicando um importante papel para a equipe de saúde da família.

A equipe da Estratégia Saúde da Família objetiva ao máximo a manutenção do idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível, como fatores fundamentais de suporte para o seu equilíbrio físico e mental.

A equipe da Estratégia Saúde da Família Primavera atua, desde agosto de 2009, no município de Divinópolis, MG, em uma região da periferia do município, que abrange os bairros São Lucas, Del Rei, Primavera, Halim Souki, São Geraldo e São Simão, com aproximadamente 2.450 moradores.

A estrutura de saneamento básico na comunidade da área de abrangência da ESF Primavera deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário (5% dos domicílios apresenta esgoto a céu aberto e apenas 18% dos domicílios são beneficiados com rede de esgoto) e à coleta de lixo. Grande parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. É grande o número de usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Na área de abrangência da ESF Primavera, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente encontram-se cadastradas 139 pessoas acima de 60 anos de idade, representando 6% da população do território.

O Sistema Único de Saúde, através da Estratégia Saúde da Família, deve garantir acesso universal aos cuidados primários, com ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças, buscando melhoria da qualidade de vida da população.

Vecchia *et al.* (2005), em uma pesquisa sobre a compreensão do que vem a ser qualidade de vida para os idosos, encontraram diversos fatores que influenciam a vida no sentido de uma boa qualidade. São eles: relacionamentos interpessoais, boa saúde física e mental, bens materiais (casa, carro, salário, acesso a serviços de saúde), lazer, trabalho, espiritualidade, honestidade e solidariedade, educação e ambiente favorável (sem poluição e sem violência).

Cuidar da saúde implica numa concepção integral de ser humano. Um estudo realizado por Moraes; Azevedo e Souza (2005) verificaram que os idosos independentes para as atividades de vida diária, satisfeitos com as relações familiares, apresentavam fator preditivo independente para o envelhecimento saudável para ambos os gêneros.

A manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso se relaciona diretamente à qualidade de vida. As quedas em idosos são muito prevalentes e causadas por múltiplos fatores associados. Após a queda, alguns idosos deixam de sair de casa e de realizar atividades que faziam cotidianamente, passando a depender de um cuidador.

Na área de abrangência da ESF Primavera, onde trabalho atualmente, no ano de 2010 três pessoas idosas procuraram a unidade de saúde devido a história de queda, sendo que uma delas apresentou fratura de fêmur e encontra-se, no momento, totalmente dependente de familiares para a realização das atividades básicas de vida diária.

Jahana e Diogo (2007) observaram que dois terços dos idosos que sofreram queda, caíram em sua própria casa. A autora concluiu que 61% das quedas puderam ser atribuídas a fatores ambientais.

Devido a grande frequência e importância das quedas de idosos, faz-se necessário buscar estratégias para evitá-las.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para prevenir e/ou minimizar riscos de quedas em idosos da área de abrangência da ESF Primavera no município de Divinópolis, MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Sensibilizar a equipe da ESF Primavera em relação à importância clínica e epidemiológica das quedas em idosos.
- Capacitar os agentes comunitários de saúde da equipe da ESF Primavera para identificar os fatores de risco de quedas e suas consequências para a pessoa idosa.
- Relacionar os fatores de riscos ambientais mais importantes e orientar o idoso e sua família quanto às principais medidas preventivas

3 Metodologia

Neste estudo foi elaborado um plano de intervenção para prevenir quedas em idosos que residem na área de abrangência da ESF Primavera, no município de Divinópolis, MG.

Para desenvolver a proposta de intervenção foi realizado primeiramente um levantamento bibliográfico por meio da internet nos bancos de dados da saúde como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS).

Foram selecionados artigos publicados no período de 1994 a 2010, livros-textos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis no site (www.nescon.medicina.ufmg.br/agora). Optou-se por literatura na língua portuguesa e inglesa e que abordaram sobre quedas em idosos e que atenderam os objetivos do estudo.

Foram utilizados na busca pela internet os seguintes descritores: saúde do idoso, quedas, acidentes por quedas e fatores de risco.

3.1 Revisão da Literatura

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer algum tipo de queda, porém, se tratando da pessoa idosa, ela possui um significado maior, pois pode levá-lo a incapacidade funcional, com perda de sua autonomia, e, até mesmo a morte. Segundo Baraff (1997, p.481), as quedas têm relação causal com 12% de todos os óbitos na população geriátrica e constituem a 6ª causa de óbito em pacientes com mais de 65 anos.

A incidência de quedas aumenta com o avançar da idade, variando de 34% entre idosos com 65 e 80 anos e chegando a 50% acima dos 90 anos (PITON, 2004).

As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso. Fabrício *et al.* (2004) mostraram em seu trabalho, realizado com cinquenta idosos, que 28% deles faleceram por conseqüências diretas da queda, entre elas, fraturas e lesões neurológicas.

Além das conseqüências diretas da queda, os idosos restringem suas atividades devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde (JAHANA e DIOGO, 2007).

Segundo Sathler (1994, p.42):

Para uma pessoa idosa, a queda pode assumir significados de decadência e fracasso gerados pela percepção da perda de capacidades do corpo, potencializando sentimentos de vulnerabilidade, ameaça, humilhação e culpa. A resposta depressiva subsequente é um resultado esperado.

Existem muitas definições para o evento queda. Segundo Carvalhaes *et al.* (1998, p.2) consideram queda como um evento não intencional, que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial.

Pereira (2001, p.219) diz que queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à sua posição inicial, com a incapacidade de correção em tempo hábil e apoio no solo, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade postural.

A ocorrência de quedas em idosos constitui um desafio para a medicina geriátrica, pois a instabilidade postural é uma característica do processo de envelhecimento. A estabilidade do corpo depende da ação integrada do sistema nervoso central, do sistema sensorial, do estado hemodinâmico e do sistema musculoesquelético. A queda pode ocorrer devido a problemas nestes sistemas ou estar relacionada a fatores extrínsecos (RAMOS, 2001).

Os fatores responsáveis pelas quedas têm sido classificados na literatura (RIBEIRO,2008) como intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e efeitos causados por uso de fármacos, e como extrínsecos, fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso. A exemplo, podemos citar alguns fatores que poderão nortear o estudo, entre eles:

Fatores de riscos intrínsecos:

- Doenças cardiovasculares: hipotensão ortostática, crise hipertensiva, arritmias cardíacas, doença arterial coronariana, hipersensibilidade do seio carotídeo, insuficiência cardíaca congestiva, lesões valvares, estados de hipovolemia;
- Uso de drogas: hipotensores, antiarrítmicos, hipnóticos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipoglicemiantes, anticolinérgicos, diuréticos, antidepressivos, anti-Parkinsonianos, anticonvulsivantes, antiinflamatórios não-hormonais, polifarmácia (uso de cinco ou mais drogas associadas);
- Doenças neurológicas: lesões expansivas intracranianas, hidrocéfalo de pressão normal, doenças cerebrovasculares, doença de Parkinson e outros tipos de Parkinsonismo, quadros demenciais, delirium, estados depressivos;
- Desordens neurosensoriais: diminuição da visão (redução da percepção de distância e visão periférica e adaptação ao escuro), diminuição da audição, distúrbios proprioceptivos (neuropatia periférica), distúrbios vestibulares (infecção ou cirurgia prévia do ouvido, vertigem posicional paroxística benigna);
- Doenças osteoarticulares: osteoartrose (joelhos e quadril), deformidades dos pés, fraqueza muscular, miopatias, atrofia muscular, patologias degenerativas da coluna cervical.
- Aumento do tempo de reação à situações de perigo;
- Sedentarismo.

Fatores de riscos extrínsecos:

- Iluminação inadequada;
- Piso escorregadio e encerado;
- Objetos e móveis em locais inapropriados;
- Tapetes soltos ou com dobras, carpetes mal adaptados;
- Degraus altos ou estreitos;

- Escadas, rampas;
- Tacos soltos no chão;
- Banheiro sem as devidas adaptações;
- Prateleiras excessivamente baixas ou elevadas;
- Camas altas;
- Sofás e cadeiras muito baixas;
- Calçados inadequados;
- Maus tratos;
- Roupas excessivamente compridas;
- Presença de animais domésticos pela casa;
- Via pública mal conservada com buracos ou irregularidades.

Britto *et al* (2001) relatam que medicações como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser considerados medicamentos que propiciam episódios de quedas. Isto muitas vezes ocorre porque essas drogas podem diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural. Portanto, é essencial que o profissional, ao prescrever medicamentos, estabeleça uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade do seu uso e o ajuste necessário da dosagem.

Fabrcio (2004) em um estudo realizado onde a amostra da investigação constou de 50 idosos, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, residentes em Ribeirão Preto, que haviam sido atendidos em duas unidades de um hospital público devido a traumatismo acidental por quedas, mostrou os seguintes resultados: a maioria das quedas ocorreu entre idosos do sexo feminino (66%), com idade média de 76 anos, no próprio lar do idoso (66%). As causas foram principalmente relacionadas ao ambiente físico (54%), acarretando sérias conseqüências aos idosos, sendo as fraturas as mais freqüentes (64%). O estudo mostrou que geralmente os idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras) e sim em atividades rotineiras. A maioria das quedas foi da própria altura e relacionadas a problemas com ambiente, tais como: piso escorregadio (26%), atrapalhar-se com objetos no chão (22%), trombar em outras pessoas (11%), subir em objetos para alcançar algo (7%), queda da cama (7%), problemas com degrau (7%) e outros, em menores números. Após a queda, 28% dos idosos que fizeram parte desta amostra faleceram, sendo que 42,8% dos óbitos ocorreram em menos de um mês, ou seja, por conseqüências diretamente relacionadas à queda, entre elas, fratura de fêmur causando embolia e lesões neurológicas advindas do trauma intenso após a queda. Muitos desses idosos ficaram acamados, apresentaram confusão mental, pneumonia e úlcera por pressão.

Ribeiro (2008) em um estudo realizado no Centro Latino Americano de estudos sobre Violência e Saúde/CLAVES, em uma comunidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro, no ano de 2005 onde foram entrevistados 72 idosos com idade de 60 anos ou mais, observou que 37,5% admitiram ter caído no último ano e, dos que caíram, 70,4% referiram uma só queda, enquanto 29,6% relataram mais de uma queda. A maioria das quedas detectadas no estudo ocorreu na residência do idoso. Como consequência da queda, 24,3% dos idosos informaram ter sofrido fraturas, a mais freqüente foi a de fêmur. Além das fraturas, as quedas provocaram uma série de outras consequências, conforme se pode ver na tabela 1.

Consequência	Porcentagem
Medo de voltar a cair	88,5%
Abandonou atividade	26,9%
Modificou hábitos	23,1%
Ficou imobilizado	19,2%
Ficou com lesão neurológica	11,5%
Fez rearranjo familiar	11,5%
Mudou de domicílio	3,8%

Tabela 1 – Distribuição proporcional dos idosos segundo consequência da queda. Comunidade do Rio de Janeiro, 2005.

Fonte: RIBEIRO (2008).

Analisando a tabela 1 percebe-se que o medo de voltar a cair foi encontrado em alta proporção e esta é uma consequência da queda destacada por vários autores (“síndrome pós-queda”). O medo após a queda pode trazer consigo não somente o medo de novas quedas, mas também de machucar-se, ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter declínio de saúde, tornar-se dependente de outras pessoas para o autocuidado ou para realizar atividades da vida diária, ou seja, medo das consequências inerente à queda.

Ressalto que todos esses sentimentos podem trazer consigo alterações como perda da autonomia e independência para as atividades de vida diária, diminuição das atividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança.

Neste mesmo estudo, ao serem questionados sobre algumas condições ambientais que são fatores de risco para quedas, os mais citados estão relatados na tabela 2.

Fatores de risco ambientais para quedas	Porcentagem
Piso escorregadio	70,6%
Piso escorregadio no banheiro	66,2%
Calçados inadequados	64,7%
Degraus na soleira da porta	55,9%
Tapete solto	48,5%
Escadas sem corrimão	35,3%
Iluminação deficiente	32,4%

Tabela 2 – Distribuição proporcional dos idosos segundo fatores de risco ambientais presentes em sua residência. Comunidade do Rio de Janeiro, 2005.

Fonte: RIBEIRO(2008)

Observa-se que os principais fatores de risco ambientais encontrados na residência dos idosos foram piso escorregadio, calçados inadequados e degraus na soleira da porta.

Em relação a prática de atividades físicas e sua relação com as quedas, Mazo (2007) destaca em um estudo realizado onde se relacionou o nível de atividade física e a incidência de quedas em idosos, observou que a prática regular de atividade física está associada a uma melhor condição de saúde dos idosos e uma menor incidência de quedas.

De acordo com o Guia de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas da Sociedade Americana e Britânica de Geriatria e da Academia Americana de Ortopedia (2001) a atividade física reduz o número de quedas e o número de lesões ocasionadas pelas quedas. Além do efeito benéfico encontrado nas quedas, a atividade física mostra uma melhora no equilíbrio postural.

A prática da atividade física regular tem sido associada à diminuição na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e ao risco de mortalidade por todas as causas. Levando em consideração esses efeitos benéficos, a atividade física está associada com a prevenção, controle e tratamento de algumas patologias consideradas como fatores intrínsecos para as quedas, como: Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Alterações Cognitivas, Artrite, entre outras.

4 Proposta de Intervenção

A Estratégia de Saúde da Família deve alertar a comunidade para os fatores de risco para quedas, que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, sempre em parceria com o idoso e os membros de sua família.

Propõe-se uma abordagem multiprofissional, onde todos os membros da equipe estejam envolvidos na realização das ações planejadas, cada um segundo a sua especialidade: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta, agentes comunitários de saúde e equipe odontológica.

A abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. A equipe de saúde deve realizar uma anamnese bem detalhada, com um exame físico bem minucioso buscando as causas da queda e avaliando as suas consequências. Saber se é a primeira queda e em quais circunstâncias ocorreram as outras quedas. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos e intrínsecos faz-se importante.

Os estudos mostram que as quedas, em sua maioria, ocorrem no próprio lar do idoso. Estes dados são extremamente elucidativos para o planejamento de medidas preventivas das quedas em idosos.

Deve-se fazer uma avaliação do estado físico e psicológico dos idosos. A importância da avaliação psicológica do idoso para se prevenir a queda é citada na literatura. Segundo Jahana (2007, p.149):

A depressão pode ocasionar alteração do nível de atenção do idoso, diminuição do comprimento do passo, perda de energia, diminuição da autoconfiança, indiferença ao meio ambiente, reclusão e inatividade, perda de apetite e, conseqüentemente, emagrecimento. A ansiedade, por outro lado, pode acarretar em diminuição da atenção, aumento da insegurança e pode até levar a tonturas, arritmias e dispnéia. As demências e os estados confusionais agudos (delirium) causam agitação, alteração da consciência, ilusões e alucinações, o que pode proporcionar as quedas. Além disso, a própria negação das limitações físicas leva os idosos a ultrapassarem seus limites e se exporem a maiores riscos.

A proposta de intervenção que se pretende desenvolver para prevenir e/ou minimizar os riscos de queda em idosos que residem na área adscrita da ESF Primavera, encontra-se detalhada no Quadro 1.

Quadro 1 – Proposta de Intervenção para prevenção de queda nos idosos no ambiente domiciliar.

Nó crítico	Operações	Resultados	Produtos	Responsável
Desconhecimento da equipe de saúde da gravidade, frequência e fatores de risco de quedas em idosos	“Saber +” Capacitar a equipe da ESF para a prevenção de quedas no idoso	Equipe de saúde capaz de orientar o idoso e sua família quanto a prevenção de quedas	Reuniões para a capacitação dos membros da ESF para trabalhar com a prevenção de quedas em idosos	Médica e Enfermeiro da equipe da ESF
Desconhecimento dos agentes comunitários de saúde dos fatores de risco extrínsecos para quedas	“Saber +” Capacitar os agentes comunitários de saúde para identificar fatores de risco extrínsecos para a queda	Agentes comunitários de saúde capazes de identificar, no domicílio do idoso, os fatores de risco extrínsecos para a queda	Reuniões para a capacitação dos agentes comunitários quanto aos fatores de risco extrínsecos para a queda	Enfermeiro da equipe da ESF
Desconhecimento dos idosos e seus familiares ou cuidadores quanto aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas.	“Cair de maduro é pra fruta”. Orientar, idoso cuidadores e familiares sobre os riscos extrínsecos e medidas de adequação do ambiente domiciliar para diminuir os riscos para queda.	Idosos da comunidade e seus familiares conscientes dos fatores de risco extrínsecos e intrínsecos para a queda. Diminuição dos fatores de risco extrínsecos para a queda	Grupo de idosos e familiares/cuidador	Toda a equipe da ESF
Falta de um atendimento específico para o idoso que sofreu queda	Avaliação global do idoso pelo médico e encaminhamento se necessário. Identificar os fatores que provocaram a queda.	Identificação de fatores intrínsecos para a queda. Estratégias para diminuir os fatores de riscos extrínsecos e intrínsecos que ocasionaram a queda	Anamnese específica e Exame físico (Apêndice A) Exames complementares Avaliação do estado psicológico Encaminhamento para especialistas se necessário	Médica, Enfermeiro e Psicólogo

Nó crítico	Operações	Resultados	Produtos	Responsável
Sedentarismo	“Viver Melhor” Estimular a participação do idoso em grupos de atividades ocupacionais, recreativas e de atividades físicas.	Melhora do equilíbrio e da marcha, fortalecimento da musculatura proximal dos membros inferiores, melhora da amplitude articular, alongamento e aumento da flexibilidade muscular Melhora da socialização do idoso	Programa regular de exercícios supervisionados por fisioterapeuta	Fisioterapeuta

A capacitação dos profissionais de saúde e organização do serviço para o atendimento do idoso pode fazer a diferença entre cair ou não e, muitas vezes, entre a instalação ou não de uma incapacidade.

A operação “Saber +” pretende sensibilizar os profissionais de saúde da equipe da ESF Primavera, especialmente os agentes comunitários de saúde, em relação à importância clínica e epidemiológica das quedas em idosos e capacitá-los para relacionar os fatores de risco mais importantes e orientar quanto às principais medidas preventivas. Os idosos ficam expostos a vários fatores de riscos, principalmente em suas residências. Portanto, é de fundamental importância a realização de ações que diminuam estes fatores, como a avaliação do ambiente domiciliar e a realização de adaptações nas residências dos idosos.

As ações e adaptações mais recomendadas segundo Barbosa (2001) são:

- evitar cadeiras muito baixas, cama muito altas, uso de chinelos.
- usar sapatos apropriados e dispositivos de apoio para marcha (bengala, andador).
- guardar itens pessoais e objetos mais usados no nível do olhar.
- retirar tapetes soltos e fios do assoalho.
- não encerar pisos.
- instalar corrimãos nas escadas.
- providenciar iluminação adequada para a noite.
- instalar, no banheiro, vaso sanitário mais alto e barras de apoio próximas ao chuveiro e ao vaso sanitário.
- os tapetes devem ser antiderrapantes.
- consertar calçadas e degraus quebrados.
- limpar caminhos e remover entulhos.
- instalar corrimãos em escadas e rampas.

A operação “Cair de maduro é pra fruta” pretende orientar o idoso e seus familiares/cuidadores quanto aos fatores de riscos mais importantes para a queda.

Para que a ação educativa seja resolutiva, é necessário discutir os conhecimentos por meio de um mecanismo de comunicação que facilite a compreensão e estimule sua prática e que torne o idoso e sua família participantes ativos do processo de promoção de sua saúde.

A avaliação da proposta de intervenção será feita mensalmente durante a reunião de equipe da ESF, onde serão discutidos se os resultados e produtos esperados estão sendo alcançados, bem como as dificuldades encontradas para implantação da proposta de intervenção.

5 Considerações Finais

Promover o envelhecimento saudável com manutenção da pessoa idosa em seu ambiente familiar e com capacidade funcional preservada é um dos grandes desafios da Estratégia Saúde da Família.

As quedas são freqüentes entre os idosos e determinam complicações que alteram negativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Sua ocorrência pode ser evitada com medidas preventivas adequadas, identificando causas e desenvolvendo métodos para reduzir sua ocorrência.

A queda é um evento de causa multifatorial, com fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados, de alta complexidade terapêutica e de difícil prevenção, exigindo dessa forma uma abordagem multidisciplinar e uma assistência contínua à saúde do idoso por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Espera-se com a implantação da proposta de intervenção que os fatores de riscos extrínsecos para a queda no ambiente domiciliar sejam identificados e eliminados, diminuindo assim o risco de quedas, e que os fatores de risco extrínsecos sejam diagnosticados e tratados da melhor maneira possível.

Os fatores de riscos de queda não devem ser despercebidos por uma Equipe de Saúde da Família quando essa realiza uma visita domiciliar.

É importante a equipe de saúde orientar a família, o idoso e os cuidadores sobre a importância das adequações no ambiente domiciliar para eliminar os fatores de riscos, prevenir as quedas e promover a segurança para o idoso deambular, proporcionando a ele a liberdade de ir e vir com liberdade sem medo de cair, favorecendo assim maior autonomia e independência do idoso.

Referências

BARAFF, L.J.; DELLA P. R.; WILLIAMS, N. **Practice guideline for the ED Management of falls in community – dwelling elderly persons**. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 480-92.

BARBOSA, J.L.M.; NASCIMENTO, A.F.E. Incidência de internações de idosos por motivo de quedas, em um Hospital Geral de Taubaté. **Revista Biociência**, v.7, n.1, p. 35-42, 2001.

BRITO, F.C.; COSTA, S.M.N. Quedas. In: PAPAEO N.M.; BRITO, F.C. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Editora Atheneu; 2001. p. 323-35.

CARVALHAES, N. *et al.* **Quedas: Consenso de Gerontologia**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia -Seção São Paulo 1998.

CHAIMOWICZ, F. A. Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. **Revista de Saúde Pública**. vol 31, p.184-200, 1997.

COSTA, E.F.A. *et al*, eds. **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA J.M.L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista Saúde Pública**, 2004; 38(1), 93-99.

FULLER, G.F. Problem-oriented diagnosis: falls in the elderly. **Am Family Physician**, 2000; 61:2159-68.

Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. **J Am Geriatr Soc**. 2001 May;49(5):664-72.

JAHANA, K.O.; DIOGO, M.J.D.E. Quedas em idosos: principais causas e consequências. **Revista de Saúde Coletiva**, v.4, n.17, p.148-53, 2007.

MAZO, G.Z. *et al.* Condições de Saúde, Incidência de Quedas e Nível de Atividade Física dos Idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v.11, n.6, p. 437-442, nov./dez. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em 14 set. 2011.

MORAES, J.L.D.; AZEVEDO, S.V. B. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2005; 27:302-8.

PEREIRA, S.R.M. O idoso que cai. In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter; 1994. p. 217-21.

PEREIRA, S.R.M. *et al.* Quedas em Idosos. **Projeto Diretrizes**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo 2001.

PERRACINI, M.R. **Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo**. Dissertação – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000.

PITON, D.A. **Análise dos fatores de risco de quedas em idosos: estudo exploratório em instituição de longa permanência no município de Campinas**. Dissertação – Escola de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

RAMOS, L.R.; SIMÕES, E.J.; ALBERT, M.S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brasil: a 2 – year follow-up. **J Am Geriatr Soc**. 2001; 49(9) : 1168-75.

RESENDE, A.L.; NASCENTE, C.M.; COSTA E.F.A.; STEFANI, G.P.; GONÇALVES, M.S. Número de Pacientes Idosos Internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás de Janeiro/2000 a Abril/2001. In: Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia, 2001, Brasília. **Anais**. Brasília: Universidade Federal de Goiás, 2001. p.82.

RIBEIRO, P.A.; SOUZA, R.E.; ATIE, S. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008, p. 1265-73.

SATHLER, J. Cuidados especiais com o idoso no ato cirúrgico. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Jornadas**. Rio de Janeiro: LIBBS Farmacêutica, 1994. p.42-3.

VECCHIA, R.D.; RUTZ T.; BOCCHI, S.C.M. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2005; 8(3): 246-52.

APÊNDICE A – Anamnese e Exame físico do idoso que sofreu uma queda.

ANAMNESE ESPECÍFICA

- Onde caiu?
- O que fazia no momento da queda?
- Alguém estava com você no momento da queda?
- Faz uso de algum medicamento?
- Houve introdução de alguma medicação nova ou mudança na dosagem de algum medicamento já em uso?
- Faz uso de bebida alcoólica? Faz uso de droga ilícita?
- Houve perda de consciência?
- Houve outras quedas nos últimos meses?
- Houve mudança recente no estado mental?
- Quando foi sua última avaliação oftalmológica?
- Há fatores de risco ambientais?
- Há problemas sociais ou evidências de maus tratos?
- Há problemas nos pés ou calçados inadequados?

EXAME FÍSICO

- Sinais Vitais
- Sinais de orientação neurológica (data, local)
- Ectoscopia: estado de hidratação, sinais de anemia, estado nutricional
- Exame dos sistemas cardiorrespiratório e locomotor
- Avaliação do equilíbrio e marcha:
 - Instabilidade ao ficar de pé
 - Instabilidade ao ser puxado ou empurrado com uma leve pressão no esterno
 - Instabilidade ao fechar os olhos em posição de pé
 - Instabilidade com extensão do pescoço ou ao virar para os lados
 - Instabilidade ao mudar de direção
 - Dificuldade de sentar-se e levantar-se
 - Diminuição da altura e comprimento dos passos
 - Teste “get-up and go” (levante-se e ande): o paciente sentado em uma cadeira sem braços deverá levantar-se e caminhar três metros até uma parede, virar-se sem tocá-la, retornar à cadeira e sentar-se novamente, à medida que o médico observa eventuais problemas de marcha e/ou equilíbrio.