

## AS CAUSAS DE QUEDAS DE PESSOAS IDOSAS E A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

**Alexsandra Marinho Dias<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> UNIVALI/Fisioterapia, Endereço, alexsandradas@univali.br

**Resumo:** As quedas das pessoas idosas são atualmente uma das preocupações, pela frequência e pelas conseqüências em relação à qualidade de vida. O objetivo deste trabalho foi estudar as causas das quedas em pessoas idosas, conhecendo a atuação do fisioterapeuta na atenção básica. A metodologia utilizada foi através de pesquisa bibliográfica a partir de material já publicado, como livros, artigos de periódicos, e dissertações de mestrado, e em base de 2001 a 2009. O envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas que podem interferir nas habilidades funcionais das pessoas. E com o passar dos anos essas dificuldades atrapalham o desempenho de tarefas diárias. Todo o programa de prevenção de quedas deve estar em sintonia com os determinantes sociais e de saúde, e o fisioterapeuta deve conhecer as necessidades dos idosos, para que se façam as devidas adaptações para trabalhar com esta população. Conclui-se que os profissionais precisam se capacitar para trabalhar com esta população, identificando os fatores sociais e de saúde que levam as quedas, avaliando, informando e sensibilizando o idoso e o familiar/cuidador sobre as causas, conseqüências e a prevenção de quedas.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Fisioterapia, Idoso, Quedas.

**Área do Conhecimento:** Ciência da Saúde

### Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda. Nesta perspectiva, as quedas das pessoas idosas são atualmente uma das preocupações, pela frequência e pelas conseqüências em relação à qualidade de vida (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

A queda pode ser definir como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais, comprometendo a sua estabilidade (PEREIRA *et al.*, 2001). E para uma queda acontecer é necessário que haja uma perturbação do equilíbrio e uma falência do controle postural para compensar essa perturbação (RIBEIRO, 2006).

A queda pode ser freqüente e limitante, e é considerado um marcador de fragilidade, morte, dependência, institucionalização e declínio da saúde das pessoas idosas (PERRACINI, 2008).

A ocorrência de quedas aumenta com o avanço da idade, principalmente em mulheres, pois a incidência de osteoporose é maior no sexo feminino, ficando mais vulneráveis as fraturas do

que os homens. Um levantamento histórico nacional de internações por fraturas de fêmur, somente em mulheres idosas em 2006 foram 20 mil, comparados a 10 mil em homens idosos. Em 2001, esses números eram bem menores, 15 mil internações do sexo feminino e 7 mil do sexo masculino. Considerando todo o país, somente em 2005, foram 3.664 óbitos por quedas (COFFITO, 2009).

Além disso, as quedas ocorrem, ao menos em parte, em função de limitações fisiológicas de equilíbrio, força, visão ou tempo de reação, bem como em decorrência de doenças e, em certos casos, das estratégias terapêuticas para lidar com elas. Fatores como idade, sexo, doenças, uso de medicamentos, visão deficiente, prejuízo da capacidade funcional, pouco equilíbrio, fraqueza muscular e perigos ambientais têm sido apontados pela literatura como predisponentes de quedas em maior grau (PERRACINI, 2008).

É importante conhecer as peculiaridades dos idosos com que se lida, a fim de definir estratégias que possam contribuir com a diminuição do risco.

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

disso, o exercício proporciona aumento do contato social, diminuem os riscos de doenças crônicas, melhora a saúde física e mental, garante a melhora do desempenho funcional e conseqüentemente, leva a uma maior independência, autonomia e qualidade de vida do idoso (PERRACINI, 2008).

A prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários decorrente de quedas. Estudos têm mostrado que é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como: a) promoção da saúde e prevenção de quedas; b) revisão das medicações; c) modificações nos domicílios; d) promoção da segurança no domicílio; e) promoção da segurança fora do domicílio. Intervenções multidisciplinares podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional (RUBENSTEIN, 2006). O objetivo deste trabalho foi estudar as causas das quedas em pessoas idosas, conhecendo a atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

## Metodologia

Para atingir os objetivos propostos, optou-se por realizar uma pesquisa bibliográfica de natureza exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. Este trabalho teve como objeto de estudo os artigos de publicações científicas que enfocaram o tema as quedas em idosos, publicados em periódicos, no período de janeiro de 2001 até julho de 2009.

Foram incluídos na amostra, trabalhos que abordaram as quedas nos idosos e a atuação do fisioterapeuta no nível primário da saúde a partir de material já publicado, como livros, artigos de periódicos, dissertações de mestrado, de 2001 até 2009.

Os artigos foram identificados, a princípio, pelo título e pelo resumo. A seguir, foi realizada a leitura seletiva dos artigos na íntegra, no intuito de escolher os artigos que de fato, se enquadravam nos requisitos da pesquisa.

Em cada etapa de busca, eletrônica e manual, foram computados, além dos trabalhos elegíveis para este estudo, o total de artigos revistas no período de 2001 a 2009.

E terminada a busca do material, procedeu-se à leitura analítica preliminar das pesquisas.

## Discussão

Segundo Papaléo Netto (2002), as alterações próprias da idade no controle da postura e do andar provavelmente desempenham

um papel maior em muitas quedas em idoso. Para Santos e Andrade (2005), a fraqueza de membros inferiores, está associada à ocorrência de quedas, é que com o envelhecimento ocorre diminuição do tamanho e dos números das fibras e da quantidade de motoneurônios, ocorrendo lentidão da contração muscular e rigidez do sistema motor.

Durante a marcha, frente a obstáculos, os idosos não levantam os pés suficientemente, o que pode levar a tendência de tropeçar, pois observa-se uma limitação na amplitude dos movimentos dos pés e fraqueza muscular (PAPALÉO NETTO, 2002). E a base de sustentação tende a ser alargada, os passos curtos e lentos, o tronco tende a refletir para proporcionar estabilidade, podendo inibir as reações automáticas de equilíbrio, levando uma progressiva tendência à imobilidade principalmente de tronco e de cabeça.

A diminuição na força muscular segundo Gomes (2004) pode ser um fator limitante na manutenção de um estilo de vida independente e na prevenção de quedas, que representam 82% das mortes acidentais no lar após os 75 anos. A marcha normal requer força muscular, controle neuro-muscular e função adequada das articulações dos membros inferiores, um declínio na velocidade da marcha é geralmente um sinal de deteriorização em um ou mais destes sistemas. Idosos que apresentam comprometimento cognitivo tem mais probabilidade de quedas.

Além da diminuição da força muscular, o envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas que podem interferir nas habilidades funcionais das pessoas como dificuldades auditivas, visuais, distúrbios vestibulares e proprioceptivos, lentidão no tempo de reação à situações de perigo, diminuição da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural, distúrbios músculo esquelético, degeneração articulares, deformidade dos pés, sedentarismo (PEREIRA *et al.*, 2001).

De acordo com Ribeiro (2006) os sistemas somato-sensorial, visual e vestibular demonstram também alterações com o envelhecimento e podem posteriormente, fornecer feedback reduzido ou inapropriado para os centros de controle postural. Além disso, os músculos efetores podem perder a capacidade para responder apropriadamente aos distúrbios na estabilidade postural. A associação dessas modificações gera alterações do equilíbrio, e a estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada.

Com o passar dos anos, homens e mulheres apresentam dificuldades crescentes no

desempenho de tarefas no seu dia-a-dia e, esse declínio poderá provocar alterações na qualidade de vida do indivíduo, chegando a uma dependência de outros para a execução de suas tarefas (CANDELORO e SILVA, 2006),

No estudo de Guimarães *et al.* (2004) 95% dos idosos que praticavam atividade física tinham menos propensão a quedas em relação daqueles que eram sedentários. A atividade física é uma modalidade terapêutica que melhora a mobilidade física e a estabilidade postural, que estão diretamente relacionadas com a diminuição de quedas (THOMAS, 2000).

O mesmo autor ainda esclarece que a atividade física minimiza os declínios do envelhecimento, prevenindo eventuais quedas, aumentando o grau de capacidade funcional, aumento de força muscular, resistência e equilíbrio.

Segundo o estudo de Toulotte *et al.* (2003) o treinamento físico que se caracteriza pelo fortalecimento muscular dos membros com faixas elásticas, treino proprioceptivo com superfície de diferentes texturas, treino de equilíbrio com obstáculos e aumento de flexibilidade, foi capaz de aumentar significativamente a marcha, mobilidade e flexibilidade, diminuindo conseqüentemente o número de quedas, auxiliando a manutenção da independência. A ausência de estímulos no grupo controle conduziu ao aumento do número de quedas, assim como na perda de autonomia destes indivíduos.

É muito importante que nos programas de prevenção de quedas o fisioterapeuta tenha consciência de que este, também, é um trabalho de promoção da saúde e que, dentre os determinantes da saúde relacionados ao evento quedas de idosos, não se pode desprezar os determinantes sociais. Todo o programa de prevenção deve estar em sintonia com os determinantes sociais, conhecendo as necessidades dos idosos, sendo necessário assim, que se façam as devidas adaptações para trabalhar com os idosos.

Recomenda-se que num programa de prevenção de quedas de idosos estejam presentes três componentes principais que devem se articular: políticas, pesquisa e prática (SCOTT, 2007). O papel das políticas é prover a infraestrutura e o suporte para a integração da prevenção à prática. A pesquisa é necessária para embasar a aplicação das intervenções. E a prática é onde a evidência é aplicada de acordo com padrões e protocolos estabelecidos pelas políticas (SCOTT, 2007).

Os profissionais, principalmente o fisioterapeuta, devem estar preocupados em informar e sensibilizar a população sobre as causas, conseqüências e a prevenção de quedas.

No Brasil ainda existe um forte preconceito em relação a quedas, no que se refere à idéia de que a queda seja normal entre os idosos e que não haveria muito a fazer em relação a isso. A queda não é um evento discutido geralmente numa consulta médica, a não ser que ela tenha levado a conseqüências mais graves.

É comum nas propostas de prevenção de quedas: prática de exercícios físicos; inclusão da discussão do meio ambiente; rearranjo do domicílio; como enfrentar os obstáculos considerados como barreiras arquitetônicas e a acessibilidade a determinados locais; uso de equipamentos auxiliares à marcha; cuidados especiais com os pés e sapatos; ensinar a sair do solo após uma possível queda; aprender como cair. Ao se considerar a importância das questões saídas do âmbito intrínseco do indivíduo, sugere-se um estudo acurado que inclui uma avaliação funcional do indivíduo, que leva em conta até o conjunto de medicamentos ingeridos (ALVES JÚNIOR e PAULA, 2008).

Segundo Zinni e Pussi (2006), as causas de uma queda podem ser de natureza intrínseca em que está relacionado com o indivíduo, ou extrínseco no qual está relacionado com o ambiente em que vive. Contudo, os fatores intrínsecos incluem alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, doenças e medicamentos que venham a acarretar riscos de queda para os idosos. A queda acidental é aquele evento único que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como um piso escorregadio, em degraus, subir em banquinhos, tapetes soltos, iluminação deficiente, obstáculos, ausência de corrimãos em corredores e banheiros, calçados inadequados ou patologias dos pés (PERRACINI, 2008).

Já os fatores intrínsecos são aquelas características inerentes ao indivíduo tais como: hipotensão ortostática, arritmias cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), lesões vulvares, uso de drogas, doenças neurológicas (lesões expansivas intra-cranianas, neuropatias periféricas, doença de Parkinson, doença de Alzheimer); Doenças neurosensoriais (alterações da visão, propriocepção e labirintopatias); Doenças osteomusculares (osteoartrose, afecções dos pés, fraqueza muscular, miopatias, atrofia muscular), (BARBOSA, 2001).

SÁ *et al.*, (2006) também relatam que as causas das quedas em idosos podem ser variadas e estar associadas aos fatores 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. Dentre fatores intrínsecos, o processo de envelhecimento ocasiona redução gradativa da capacidade física que acarretar efeitos sobre o controle postural do indivíduo ou, ainda, ter ação sobre o equilíbrio.

Segundo Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004) a abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. Assim, o profissional de saúde deve realizar uma anamnese bem detalhada, direcionada às causas da queda. Neste momento, saber se é a primeira queda ou não pode direcionar a avaliação. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos (fatores ambientais, vestimenta) e intrínsecos (doenças, uso de polifármacos) faz-se importante. Esta avaliação poderá evitar quedas posteriores, assim como permitirá um melhor entendimento da queda.

Outra forma de trabalhar a queda seria realizando sua prevenção, por meio de visitas domiciliares a idosos cadastrados na estratégia saúde da família. A política nacional de saúde da pessoa idosa já aborda esse tipo de assistência, inclusive a caderneta de saúde da pessoa idosa, faz parte de uma estratégia para o acompanhamento da saúde, e serão registradas informações importantes sobre as condições de sua saúde, auxiliando os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para ter um envelhecimento ativo e saudável. E com ela o idoso poderá acompanhar a evolução de sua saúde.

Para que isso ocorra, faz-se necessário que os estados e municípios capacitem profissionais de saúde e organizem serviços para que a atenção ao idoso seja uma política governamental. Os programas de saúde devem estabelecer protocolos para identificar possíveis riscos intrínsecos e extrínsecos causadores de queda. Outro aspecto é reforçar a importância do autocuidado e alertar família/cuidador para que participem ativamente da prevenção de queda com os idosos.

## Conclusão

Conclui-se que as quedas nos idosos é um problema de saúde pública, acarretando gastos na saúde. Os profissionais precisam se capacitar para trabalhar com esta população, identificando os fatores sociais e de saúde que levam as quedas, avaliando, informando e sensibilizando o idoso e o familiar/cuidador sobre as causas, conseqüências e a prevenção de quedas.

## Referências:

ALVES JÚNIOR, E. de D.; PAULA, F. de L. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. **Fitness Performance Journal**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2008, p.123-9.

BARBOSA, M.T. Como avaliar quedas em idosos? **Revista Ass. Méd. Brasileira**, v.47, n. 2, abr./jul, 2001. p.85-109

CANDELORO, J. M. ; SILVA, R. R. da. **Proposta de protocolo hidroterapêutico para fraturas de fêmur na terceira idade**. Disponível em: < [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/candelorojm\\_silvarr.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/candelorojm_silvarr.pdf)>, acesso em: 29 de janeiro de 2009.

COFFITO (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL) **SUS gasta R\$ 70 milhões em fraturas com os idosos**; [http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub\\_view.asp?cod=1236&psecao=7](http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1236&psecao=7)> Acesso em 12 de Janeiro de 2009.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA JUNIOR, M.L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**; v.38, n.1. 2004, p. 93-99.

GUIMARÃES, L.H.C.T.; GALDINO, D.C.A.; MARTINS, F.L.M.; VITORINO, D.F.M.; PEREIRA, K.L.; CARVALHO, E.M. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. **Revista Neurociências**, v.12, n.2, abr/jun, 2004.

Gomes GC, Diogo MJD'E. Função Motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2004.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2002.

PEREIRA, S.E.M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M.; P Y, L.; BARRETO, K.M.L., LEITE, V.M.M. Quedas em idosos. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro: **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**; 2001.

PERRACINI, M. R. **Prevenção e Manejo de Quedas no Idoso**. Disponível em: <<http://www.pequi.incubadora.fapesp.br/portal/que-das.pdf>>, acesso em 11 de Janeiro de 2009.

PIERMARTIRI, T.C.B., BEZERRA, N. C.; HOELLER, A. A. Efeito preventivo da fisioterapia na redução da incidência de quedas em pacientes com Doença de Alzheimer. **Rev. Neurociência**, Florianópolis, 2008.

de/fisioterapia/traumato/instabilidade\_postural\_idoso.htm>, acesso em: 22.Janeiro de 2009.

RIBEIRO, A.A. **Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas**. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Setembro, 2006.

Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age Ageing**, v.35(Suppl 2), 2006, p.37-41.

SÁ, F. D. de; MOREIRA, I.F.; GOMES, A.A.M.; ASSIS, C.B. de; ALMEIDA, F.A. das N.; BELTRÃO, G.Q.L.; BRANDÃO, L.C. de S.; CASTRO, M.B. de; JORGE, R.R.; GUEDES, T.P. **Adaptações ergonômicas e equilíbrio em idosos: Análise descritiva do risco de quedas em uma Instituição de Longa Permanência em João Pessoa - PB XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de Outubro, ENEGEP, 2006.**

SANTOS, M. C; ANDRADE. M. C. Incidência de Quedas Relacionada ao Fatores de Riscos em Idosos Institucionalizados. **Rev Saúde Pública**, v.29, jan/jun. 2005. p.57-68.

SCOTT, V. World Health Organization Report: **prevention of falls in older age**. Falls Prevention: Policy, Research and Practice, 2007.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A. ;PICCINI, R.X. ;TOMASI, E. ;THUMÉ, E. ;SILVEIRA, D.S. ;VIEIRA, V. ;HALLAL, P.C. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, 2007, p.749-56.

THOMAS, S.G. Programas de Exercícios e Atividades. In: PICKLES B. *et al.* **Fisioterapia na 3ª Idade**. 2.ed. São Paulo: Santos, p.158-167, 2000.

TOULOTTE, C.; FABRE, C.; DANGREMONT, B.; LENSEL, G.; THÉVENON, A. Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. **Age Ageing**, v.32, n.1, 2003, p.67-73.

ZINNI, Juliana V. S.; PUSSI, Flávia Aparecida. **O papel da fisioterapia na prevenção da instabilidade e quedas em idosos**. Fisiowebgate. Disponível em: <<http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesau>