

Unidade de quedas: uma possibilidade de prevenção de quedas em idosos

Unit of falls: a possibility of prevention falls in elderly

Linamara Rizzo Battistella¹, Fábio Marcon Alfieri²

RESUMO

As quedas são um problema de saúde pública entre os idosos. Como o envelhecimento populacional está ocorrendo rapidamente, são desejáveis intervenções nesta questão. O objetivo desta reflexão foi o de relatar um exemplo de uma Unidade de Quedas do Hospital Universitário Mútua de Terrassa/Barcelona/Espanha. Esta unidade possui atividades de avaliação e orientação dos fatores de risco de quedas e programa de exercícios para indivíduos com história de quedas, bem como para aqueles que possuem riscos de quedas. Acreditamos que programas como este que apresentam viabilidade operacional são necessários e devem ser incorporados por hospitais e centros de saúde para que haja diminuição das quedas e suas conseqüências.

Palavras-chave: Idoso, Equilíbrio Postural, Acidentes por Quedas, Prevenção de Acidentes

ABSTRACT

Falls are a public health problem for the elderly. Since the population is aging rapidly, interventions are needed in this situation. The purpose of this overview was to report on an example from the Falls Unit of the Mutual University Hospital of Terrassa in Barcelona, Spain. This unit evaluates and does orientations on risk factors of falling, carries on exercise programs for individuals with histories of falling, as well as for those at risk. We believe that programs like this, which have operational viability, are necessary and must be incorporated into hospitals and health centers in order to diminish falls and their consequences.

Keywords: Aged, Postural Balance, Accidental Falls, Accident Prevention

¹ Medica Fisiatra, Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
² Fisioterapeuta, Professor do Curso de Fisioterapia do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v18i1a103523

INTRODUÇÃO

Com a senescência, algumas modificações podem ocorrer nos sistemas sensoriais e músculo-esquelético. Tais alterações podem gerar dificuldades para a manutenção do equilíbrio corporal. Isto ajuda a explicar o fato de cerca de 65% dos indivíduos com mais de 60 anos frequentemente sentem alguma sensação de tontura ou perda de equilíbrio,¹ gerando dificuldade na realização de atividades como por exemplo, levantar e sentar de uma cadeira e deambular. Outras condições relacionadas às doenças que geram dores articulares, distúrbios motores, déficits sensoriais e uso de medicamentos, também podem contribuir para que as quedas sejam frequentes nesta faixa etária.

As quedas atingem cerca de 30% dos idosos e representam um dos problemas mais importantes entre os idosos, trazendo consigo fraturas, escoriações, diminuição da qualidade de vida entre outras conseqüências.²⁻⁵

Como as quedas são consideradas problema de saúde pública entre os idosos,^{6,7} medidas que busquem diagnosticar e intervir são importantes a fim de que haja diminuição na sua incidência. Tendo em vista que as quedas são frequentes entre os idosos e isto demanda uma necessidade de intervenções especializadas, este artigo tem o objetivo de descrever os princípios de funcionamento de uma Unidade de Quedas do Hospital Universitário Mútua de Terrassa/Barcelona/Espanha no qual um dos autores teve a oportunidade de acompanhar durante 5 meses.

Unidade de Quedas

No hospital Universitário Mútua de Terrassa/Barcelona/Espanha, existe uma unidade que faz parte das consultas externas denominada Unidade de Quedas. Fazem parte desta equipe: médico geriatra, médico fisiatra, fisioterapeuta, enfermeira, que juntos realizam avaliações clínicas e funcionais nos pacientes que são encaminhados até a este serviço por indicação de outros profissionais da área de saúde. Os indivíduos são aqueles que apresentam história de quedas no último ano ou aqueles que apresentam risco de sofrer quedas. Após avaliação minuciosa, os indivíduos são encaminhados ao grupo de intervenção.

O grupo de intervenção inicia-se com uma sessão educativa na qual são dadas orientações para a prevenção das quedas. Nesta sessão que tem duração de aproximadamente 45 minutos é passado um filme educativo sobre os cuidados que os idosos devem tomar a fim de evitar as quedas. Depois desta sessão, é iniciado o

programa de exercícios (dirigido por uma fisioterapeuta) que tem duração de 8 semanas com frequência semanal de 2 dias com uma hora de duração. Nestas sessões são realizados exercícios de alongamento dos músculos dos membros inferiores, exercícios de coordenação motora e de equilíbrio com atividades recreativas associados com a supressão visual. Para a realização destes exercícios são usados materiais como bolas, bastões, cadeiras, barra paralelas.

Realizamos um estudo transversal que foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Mútua de Terrassa (Barcelona). Todos os participantes deram por escrito o consentimento livre e esclarecido para participação no mesmo. Para este estudo, além de coletados os dados da história clínica dos participantes, foi verificada a mobilidade funcional pelo teste Timed Up and Go (TUG)⁸ e analisado o nível de atividade física dos participantes por meio do IPAQ,⁹ que é o questionário internacional de atividade física. Estas avaliações foram feitas antes dos indivíduos iniciarem o programa de intervenção citado anteriormente.

As características gerais (idade, sexo, nível de atividade física, nível de mobilidade funcional e condições clínicas/doenças) dos participantes do estudo estão expostos na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Um primeiro ponto a ser destacado neste modelo de intervenção é o fato de uma equipe multidisciplinar avaliar o paciente de forma global e não fragmentada. Desde o conhecimento das doenças preexistentes até mesmo as limitações funcionais mais recentes são vistas por esta equipe. Outro aspecto importante é a tentativa de detecção precoce de um provável risco de queda entre os idosos. Mesmo aqueles sem história de quedas, são encaminhados até a este serviço a fim de que possam ter seus fatores de risco devidamente avaliados e supervisionados.

A contribuição de vários fatores de risco de quedas diferem segundo a situação clínica, a situação funcional e as características do entorno da qual os idosos fazem parte. Desta forma, a avaliação completa destes fatores pode

Tabela 1 – Características gerais do grupo de quedas

	Grupo queda
N	26
M/H	25/1
Idade (anos)	76,7 ± 4,9
IMC (Kg/cm ²)	29,5 ± 2,8
Nível de atividade física	
Baixo	11
Moderado	11
Intenso	4
TUG (s)	17,92 ± 9,42
Doenças/condições clínicas	
Instabilidades	14
Incontinência urinária	13
Déficit sensorial	14
Polifarmácia	14
Depressão	11
Medo de cair	10
Hipertensão arterial	13
Artropatia	9
Osteoporose	11
Queda no último ano	24
Fraturas relacionadas as quedas	7

M - mulheres, H - homens, IMC - índice de massa corporal, TUG - Timed Up and Go

distinguir quais os aspectos que precisam ser revistos ou tratados.¹⁰

Em indivíduos com história de quedas, diversas avaliações devem ser realizadas: 1) problemas médicos agudos decorrentes da queda tais como lesão imediata (fratura, contusão, feridas, traumatismo diversos) 2) número de quedas relacionando o lugar, a atividade que o paciente estava realizando, o tipo de calçado 3) fatores de risco intrínsecos e extrínsecos: problemas de saúde e revisão dos sistemas como: tipos e quantidade de medicamentos, nível de mobilidade, nível de capacidade mental, atividade social, integridade sensorial, cardiovascular, e osteomuscular, avaliação do entorno no qual o indivíduo está inserido (solo, iluminação, mobiliário, escadas).¹⁰

Ao verificar alguns destes itens nos voluntários deste estudo, podemos entender melhor as quedas em 24 dos 26 voluntários. A questão do nível de atividade física pode promover estímulos sensoriais e musculoesqueléticos que geram estabilidade a estes indivíduos.¹¹ No entanto, a falta deste tipo de estímulo que foi visto em 11 voluntários pode privar os idosos deste benefício.

Questões importantes como a falta de estabilidade, presença de déficits sensoriais e uso de muitos medicamentos que estão presentes em muitos voluntários deste estudo, também podem estar associadas as quedas nesta população.¹² Deve-se lembrar que condições que apareceram em menor número como artropatias, depressão e medo de cair, também podem explicar as quedas neste estudo.

Outro fator que merece destaque é a questão das fraturas decorrentes das quedas. Neste estudo, foi observado 7 fraturas decorrentes das 24 quedas, comprovando as conseqüências que as quedas trazem aos idosos.^{2,13}

Neste modelo de intervenção do Hospital Universitário de Terrassa/ Barcelona, observa-se que mesmo somando as atividades de avaliação e intervenção, poucas horas de trabalho e poucos recursos são empregados para que o programa funcione, mostrando a viabilidade do mesmo. Desta forma, além de provavelmente promover melhores condições de vida aos idosos, este modelo de intervenção poderá contribuir para diminuição de gastos com os custos decorrentes das quedas.

Um exemplo da viabilidade sobre a detecção precoce do risco de quedas dos idosos é a utilização de testes clínicos.^{14,15} O teste *Timed Up and Go* (TUG) que é simples e rápido é amplamente usado para avaliar a função dos membros inferiores, a mobilidade e o risco de quedas entre idosos, bem como identificar indivíduos com e sem história de quedas.^{16,17}

Shumway-Cook et al,¹⁸ sugerem que indivíduos que realizam o teste em valores superiores a 14 segundos apresentam alto risco de sofrer quedas. Isto confirma os resultados obtidos neste estudo referentes à execução do TUG, pois a média do tempo de realização do teste foi superior a 17 segundos. Esta informação pode ser útil para que uma vez que o idoso esteja com probabilidade de cair, sejam tomadas as devidas ações, como a inclusão ou continuidade no programa de intervenção.

Outra sugestão de avaliação que embora não tenha sido usada neste estudo, porém pode ser de grande utilidade, é o uso da FES-Escala Internacional de Eficácia de Quedas, que foi recentemente validada no Brasil e que consiste em um questionário composto por quatro alternativas pontuadas de 1 a 4, sendo elas, respectivamente: nem um pouco preocupado, um pouco preocupado, muito preocupado e extremamente preocupado em relação ao medo de cair em diferentes situações do cotidiano do indivíduo.¹⁹ Esta escala pode ser um instrumento útil para diagnosticar o risco de quedas, bem como o medo de cair que indivíduos idosos apresentam.

Como o evento queda não é algo simples, pois envolve fatores tanto intrínsecos quanto extrínsecos, medidas que busquem desde melhorar o ambiente até mesmo uma revisão/otimização dos medicamentos usados pelos idosos, bem como a participação de programas específicos por meio de exercícios físicos, podem ser úteis na prevenção das quedas entre os idosos. Há relato na literatura de que os exercícios que são realizados em média de 3 a 6 meses e que associem componentes de força muscular e/ou equilíbrio, realizados no mínimo duas vezes por semana, mostram ser efetivos na redução e prevenção das quedas em idosos.²⁰ Outro argumento importante para programas de intervenção no sentido de prevenção de episódios de quedas, é a evidência de que um terço das quedas pode ser prevenido por meio de ações específicas contra os fatores de risco.²¹

Acreditamos que o programa da Unidade de Quedas de Terrassa possa ser um exemplo a ser seguido pelos hospitais e demais centros de saúde e/ou reabilitação do Brasil, pois este modelo integra componentes fundamentais como avaliação, revisão clínica, educação aos pacientes e programa de exercícios.

Por fim, queremos ressaltar a importância do tema, já que as quedas são a principal causa de lesões não fatais e morte entre os idosos além de trazer conseqüências diversas tanto para o próprio indivíduo quanto para a sociedade em geral.²⁶ Como a tendência atual é o avanço do envelhecimento populacional, reflexões e ações

no sentido de que novas abordagens sejam empregadas nesta população são mais que desejáveis, são necessárias. Desta forma, encorajamos a experimentação deste ou de outros tipos de modelos que lidam com a questão da queda nesta população a fim de que sua incidência seja diminuída, bem como suas conseqüências.

CONCLUSÃO

Concluimos que a Unidade de Quedas mantida pelo Hospital Universitário Mútua de Terrassa/ Barcelona/Espanha, é uma iniciativa importante e essencial para atender a demanda de idosos com história de quedas ou aqueles com propensão a cair. Acreditamos que este modelo apresenta princípios adequados de funcionamento, pois integra atividades de avaliação, educação e intervenção por meio de exercícios físicos.

REFERÊNCIAS

- Hobeika CP. Equilibrium and balance in the elderly. *Ear Nose Throat J.* 1999;78(8):558-62.
- Fabre JM, Ellis R, Kosma M, Wood RH. Falls risk factors and a compendium of falls risk screening instruments. *J Geriatr Phys Ther.* 2010;33(4):184-97.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med.* 1988;319(26):1701-7.
- King MB, Tinetti ME. Falls in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(10):1146-54.
- Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Pública* 2002;36(6):709-16.
- Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ.* 2004;328(7441):680.
- Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing.* 2006;35 Suppl 2:ii37-ii41.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(2):142-8.
- Booth M. Assessment of physical activity: an international perspective. *Res Q Exerc Sport.* 2000;71(2 Suppl):S114-20.
- Lázaro del Nogal M, González-Ramírez A, Palomollo A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40 Suppl 2:54-63.
- Skelton DA. Effects of physical activity on postural stability. *Age Ageing.* 2001; 30(54): 33-9.
- Alfieri FM, Calahorranno SC, Figueroa RG, Battistella LR. Aspectos relacionados con caídas y equilibrio de los ancianos residentes en un centro sociosanitario. *Rehabilitación.* 2011; 45(1):24-8.
- Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Fam Physician.* 2000;61(7):2159-68, 2173-4.
- Alfieri FM, Riberto M, Gatz LS, Ribeiro CPC, Battistella LR. Uso de testes clínicos para verificação do controle postural em idosos saudáveis submetidos a programas de exercícios físicos. *Acta Fisiatr.* 2010; 17(4):153-8.
- Figueiredo KMOB, Lima KC, Guerra RO. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2007; 9(4):408-13.

16. Alfieri FM, Abril Carreres MA, Garreta Figuera R, Battistella LR. Comparison of time taken to complete the Timed Up and Go test (TUG) between elderly adults with and without falls. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(3):174-5.
17. Herman T, Giladi N, Hausdorff JM. Properties of the 'timed up and go' test: more than meets the eye. *Gerontology.* 2011;57(3):203-10.
18. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther.* 2000;80(9):896-903.
19. Camargos FFO, Dias RC, Dias JMD, Freire MTF. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da Falls Efficacy Scale - International em idosos Brasileiros (FES-I-BRASIL). *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(3):237-43.
20. Bento PCB, Rodacki ALF, Homann D, Leite N. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2010;12(6):471-9.
21. Campbell AJ. Preventing fractures by preventing falls in older women. *CMAJ.* 2002;167(9):1005-6.