

# Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público

## Falls among older adults seen at a São Paulo State public hospital: causes and consequences

Suzele Cristina Coelho Fabrício, Rosalina A Partezani Rodrigues e Moacyr Lobo da Costa Junior

*Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem Geral e Especializada de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil*

### Descritores

Idoso. Acidentes por quedas. Efeitos psicossociais da doença. Qualidade de vida. Saúde do idoso.

### Keywords

*Aged. Accidental falls. Cost of illness. Quality of life. Aging health.*

### Resumo

#### Objetivo

Investigar a história da queda relatada por idosos, identificando fatores possivelmente relacionados, assim como local de ocorrência, causas e conseqüências.

#### Métodos

A amostra da investigação constou de 50 idosos, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, residentes em Ribeirão Preto, SP, que haviam sido atendidos em duas unidades de um hospital público. Foram consultados prontuários e realizadas visitas domiciliares para aplicação de um questionário estruturado com perguntas abertas, fechadas e mistas relativas à queda.

#### Resultados

Os dados obtidos mostraram uma realidade que não difere substancialmente daquela encontrada em outros países. 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%). A queda teve grande impacto na vida do idoso no que se refere às atividades da vida diária. Provocou 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.

#### Conclusões

O estudo demonstrou que a queda ocorrida entre os idosos traz sérias conseqüências físicas, psicológicas e sociais, reforçando a necessidade de prevenção da queda, garantindo ao idoso melhor qualidade de vida, autonomia e independência.

### Abstract

#### Objective

*To investigate the history of accidental falls reported by older adults, identifying possibly related factors, as well as place of occurrence, causes, and consequences.*

#### Methods

*The sample investigated included 50 older adults, of both sexes, ages 60 years or older, living in the city of Ribeirão Preto, Southeastern Brazil, who had been seen at two inpatient units of a public hospital. Patient records were examined and household*

**Correspondência para/ Correspondence to:**  
Suzele Cristina Coelho Fabrício  
Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus da USP  
14040-902 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: rosalina@eerp.usp.br

Baseado em dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 2002.

Recebido em 14/9/2002. Reapresentado em 18/6/2003. Aprovado em 21/7/2003.

visits carried out for the application of a structured questionnaire including open, closed, and mixed questions related to the fall.

#### **Results**

Data obtained show a reality not substantially different from that observed in other countries. Most events occurred among older women (66%), with mean age 76 years, and at home. Causes were mainly related to physical environment (54%), and brought serious consequences to the subjects, fractures being the most common outcome (64%). Falls had a great impact on subjects' lives in terms of activities such as: lying down/getting up, walking on plain surfaces, cutting toenails, bathing/showering, walking outside home, taking care of financial issues, shopping, using public transportation, and climbing stairs.

#### **Conclusions**

The study demonstrated that falls occurred among older adults have serious physical, psychological, and social consequences, reinforcing the need for fall prevention, in order to ensure greater quality of life, autonomy, and independence for the elderly.

## INTRODUÇÃO

Durante a fase de envelhecimento, fatores biológicos, doenças e causas externas podem influenciar a forma em que ela se dá. A queda é uma delas e, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10),<sup>15</sup> é uma causa externa. O tema é muito valorizado pela gerontologia e uma fonte de preocupação aos pesquisadores dessa área, principalmente quando pessoas denominam esse evento como sendo normal e próprio do processo de envelhecimento.

Queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial”.<sup>14</sup> Para Cunha & Guimarães<sup>7</sup> (1989), a queda se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares envolvidos na manutenção da postura. Alguns autores<sup>6,13,18</sup> referem-se à queda como uma síndrome geriátrica por ser considerada um evento multifatorial e heterogêneo.

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. Porém, para os idosos, elas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade, injúria e morte. Seu custo social é imenso e torna-se maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização.

Tem sido verificado nos serviços de emergência dos EUA que as quedas são eventos freqüentes causadores de lesões, constituindo a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima de 65 anos.<sup>8</sup> A lesão acidental é a sexta causa de mortalida-

de em pessoas de 75 anos ou mais. A queda é responsável por 70% dessa mortalidade.<sup>10</sup> Segundo dados do Governo da Alemanha, em 1996, morreram 11/100.000 pessoas após sofrerem lesões provocadas por queda.<sup>1</sup> No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação Médica/Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, cerca de 54.730 pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos, com 39,8% apresentando idade entre 80 e 89 anos. Ainda segundo dados do Ministério da Saúde/ Sistema de Informação Hospitalar, a taxa de mortalidade hospitalar por queda, em fevereiro de 2000, foi de 2,58%. A maior taxa encontrada foi na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul e Centro Oeste. Na Finlândia, Kannus et al<sup>9</sup> (1999) encontraram que o número de mortes causadas por queda em 1995 (793 mortes) aumentou em 80% quando comparado com o ano de 1971 (441 mortes).

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. Além disso, esses estudos mostram que 50% dos idosos que moram em asilos ou casas de repouso já sofreram queda.<sup>19</sup> Em um estudo realizado na Finlândia, entre indivíduos com idade superior a 50 anos, Kannus et al<sup>9</sup> (1999) mostraram um significativo aumento de 284% do número de lesões em idosos provocadas por quedas quando comparado o ano de 1971 com o de 1995. Os autores discutem que dois fatores podem ter contribuído para este aumento: alterações demográficas (contínuo aumento da população idosa) e aumento do número de quedas dentre esta faixa etária.

Embora seja evidente o aumento do evento queda entre a população idosa, a literatura gerontológica e

geriátrica brasileira tem efetuado poucos estudos epidemiológicos sobre este assunto. Como mostrado por Becker et al<sup>1</sup> (1999), a mesma problemática é encontrada na Alemanha. Para que em estudos posteriores sejam apontadas possíveis intervenções preventivas, o presente estudo aprofundou o processo de investigação do evento queda em idosos. Assim, o objetivo do estudo foi investigar a história da queda referida pelos idosos, considerando local de ocorrência, causas e conseqüências, e descrevendo mudanças ocorridas na vida diária dos idosos, após a queda, entre elas as relacionadas à capacidade funcional: alterações para realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

## MÉTODOS

A população estudada foi composta por pessoas com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, com residência fixa na cidade de Ribeirão Preto, SP, atendidas em duas unidades de internação de um hospital universitário localizado no mesmo município, no ano de 2000, por causas externas de traumatismo acidental - Quedas - CID-10 (W00-W19).<sup>15</sup>

O levantamento dos dados referentes aos idosos que haviam sido atendidos nas referidas unidades, tendo como diagnóstico a queda, foi fornecido pelo Departamento de Dados Médicos do hospital universitário. Após identificada a população, foram excluídos os idosos que não residiam em Ribeirão Preto e os que tinham sido atendidos também pela Unidade de Emergência do hospital e depois transferidos para esse mesmo hospital para uma internação mais prolongada. Assim, a população foi constituída de 251 idosos atendidos no ano 2000 da qual foi selecionada uma amostra sistematizada, com fração cinco e início casual um, composta por 50 idosos. As informações como nome, idade, história da queda e ocorrência de internação foram obtidas dos prontuários dos idosos selecionados para verificar a história obtida no momento do atendimento hospitalar, bem como, o nome e endereço dos idosos para posteriormente realizar as entrevistas em domicílio.

Os idosos foram visitados em seu domicílio, onde foram aplicadas entrevistas estruturadas, com perguntas fechadas, abertas e mistas, com o objetivo de se obter informações adicionais àquelas contidas nos prontuários, tais como: identificação dos sujeitos, história da queda e mudanças referidas pelos idosos após a queda, dentre elas as restrições na capacidade funcional evidenciadas nas ABVD (alimentar-se, deitar/levantar, caminhar em superfície plana, tomar banho, vestir-se, pentear os cabelos, cortar as unhas dos pés, escovar os dentes e dificuldade para ir ao ba-

neiro) e AIVD (tomar remédio na hora certa, subir escadas, caminhar fora de casa, cuidar das suas próprias finanças, fazer compras, usar transporte coletivo e preparar refeições). No presente estudo, para avaliar as atividades da vida diária, foi adaptado o protocolo proposto por Yuaso & Sguizzatto<sup>21</sup> (1996), elaborado a partir de uma variação das escalas de Katz e Lawton. As entrevistas foram realizadas com os idosos em presença de um familiar (ou cuidador), que confirmaram e esclareceram os dados obtidos. Quando o idoso tinha alguma disfunção cognitiva que o impedia de responder ao questionário, este era inquirido a um familiar/cuidador.

Durante o agendamento das entrevistas, alguns idosos haviam mudado de endereço ou falecido. Nos casos em que o idoso havia falecido, os questionários foram respondidos pelo cuidador/familiar que tivesse informação sobre a queda ocorrida. Quando havia mudança de endereço e não identificação do atual, era substituído por outro, de um idoso do mesmo sexo e idade, de acordo com a listagem geral dos pacientes. O total de idosos substituídos foi de 26.

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

## RESULTADOS

Dentre os idosos selecionados, 66% pertenciam ao sexo feminino e 34% ao masculino. A idade média do idoso que sofreu queda foi de 76 anos. Foi verificado que 54% dos idosos entrevistados apresentaram quedas anteriores, sendo que 48% pertenciam à faixa etária de 80-89 anos e 66% destes idosos eram do sexo feminino.

Durante a investigação, 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. 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, alguns idosos relataram surgimento de doenças, tais como: acidente vascular cerebral (10%), osteoporose (4%), pneumonia (4%), artrite (2%), infecção de trato urinário (2%) e cardiopatia (2%). As doenças sensoriais também foram relatadas,

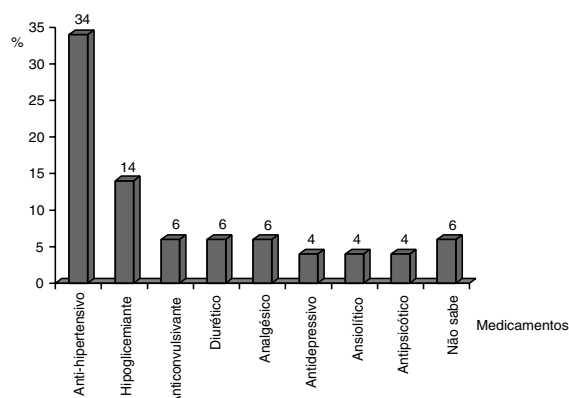


Figura 1 – Medicamentos utilizados pelos idosos antes de sofrer queda, Ribeirão Preto, 2000.

sendo 36% relacionadas com problemas visuais e 14% auditivos.

Não foi verificada relação direta entre o uso de medicação e a queda. Porém, deve-se ressaltar que no decorrer da coleta de dados foi observado que 70% dos idosos faziam uso de algum tipo de medicação antes de cair, todas prescritas por médicos. Quando comparado o uso de medicações entre idosos do sexo masculino (70%) e feminino (72%), não foram percebidas grandes diferenças.

Pode-se observar na Figura 1 que o medicamento mais utilizado pelos idosos foi o anti-hipertensivo (34%), seguido por hipoglicemiantes (14%) e outros. Muitos idosos usavam várias drogas concomitantemente. O uso de polifármacos foi verificado em 42% dos idosos que usavam medicações antes de sofrer queda.

Foi verificado que 66% das quedas ocorreram no próprio lar do idoso e 22%, na rua, e o restante ocorreu

na casa de parentes e amigos.

A conseqüência mais comum do estudo foram as fraturas, com 64%, ocorrida em 53% do sexo masculino e 70% do feminino. Dentre elas, as mais frequentes foram a de fêmur (62% das fraturas), seguidas pelas de rádio (12,5%), clavícula (6,25%) e outras, como coluna, úmero, escápula, patela e nariz. Após a ocorrência de fraturas, a conseqüência mais citada foi o medo de voltar a cair (44%) e outras que podem ser observadas na Figura 2.

Segundo relato dos idosos e familiares/cuidadores, a queda ainda trouxe como conseqüência para o idoso aumento de dificuldade e de dependência para realização das atividades da vida diária (AVD). Na Tabela, pode ser observado, o total de idosos que realizavam essas atividades antes e após a queda, segundo níveis de dificuldades apresentadas por eles. As AVD mais prejudicadas após a queda foram deitar/levantar-se da cama, caminhar em superfície plana, tomar banho, caminhar fora de casa, cuidar de finanças, cortar unhas dos pés, realizar compras, usar transporte coletivo e subir escadas.

Como já mencionado anteriormente, a queda pode trazer ao idoso a morte. Dentre os que fizeram parte da amostra, 14 deles (28%) haviam falecido, sendo 78,5% do sexo feminino e 21,5% do sexo masculino. Após a queda, 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 (50%) e lesões neurológicas advindas do trauma intenso após a queda (50%). Ainda 57,2% dos óbitos aconteceram em menos de um ano após cair. Muitos desses idosos ficaram acamados, apresentaram confusão mental, pneumonia e úlcera de decúbito.

Tabela – Percentagem de idosos, segundo nível de dificuldade para realização de atividades da vida diária, antes e após a queda, Ribeirão Preto, 2000.

AVD	Sem dificuldade		C/dificuldade Sem ajuda		Níveis de dificuldade				Tem quem faça		Não consegue		Não faz	
					Com ajuda parcial		Com ajuda total							
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
Caminhar em superfície plana	68	19	19	36	9	23	2	15	-	-	2	4	-	2
Deitar/levantar-se	79	28	13	36	4	13	2	15	-	-	2	6	-	2
Realizar banho	70	30	15	28	4	17	6	17	-	-	4	6	-	2
Cortar unhas dos pés	17	8	21	11	2	2	4	9	15	15	36	49	4	6
Caminhar fora de casa	53	11	19	25	19	17	2	23	-	-	4	17	2	6
Cuidar finanças	53	38	15	11	2	2	6	11	6	8	11	21	6	8
Realizar compras	42	17	9	9	9	4	15	19	13	11	6	32	6	8
Usar transporte coletivo	42	11	11	15	6	8	9	11	-	-	19	40	13	15
Subir escadas	55	11	17	23	13	15	8	28	-	-	4	17	2	6
Escovar os dentes	74	60	2	4	4	6	4	8	-	-	11	15	4	6
Dificuldade para ir ao banheiro	77	55	8	13	4	6	4	6	-	-	6	17	-	2
Pentear os cabelos	83	72	4	4	4	6	2	6	-	-	6	9	-	2
Comer	89	79	4	9	2	4	4	2	-	-	-	4	-	2
Medicar-se	57	45	2	-	6	6	11	17	2	2	17	23	4	6
Preparar refeições	36	19	8	6	2	-	4	4	19	17	19	38	11	15
Limpar a casa	34	4	6	15	-	6	2	2	17	17	21	34	19	21

A = antes da queda; D = depois da queda.  
AVD = Atividades de vida diária.

## DISCUSSÃO

Os dados encontrados referentes à ocorrência de queda ser maior em mulheres do que homens não foram diferentes dos apresentados em estudo de Berg et al<sup>2</sup> (1997). Esses autores citam como variáveis que podem ser responsáveis por esta diferença: idade avançada, frequência diminuída de atividades externas, utilização de acentuada quantidade de drogas, uso de psicotrópicos, diminuição de força de preensão.

As causas das quedas em idosos podem ser variadas e estar associadas. Os fatores responsáveis por elas têm sido classificados na literatura 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. Geralmente, problemas com ambiente são causados por eventos ocasionais que trazem risco aos idosos, principalmente àquele que já apresenta alguma deficiência de equilíbrio e marcha. Devem ser consideradas situações que propiciem escorregar, tropeçar, pisar em falso, trombar (em objetos ou pessoas e animais). Os problemas com o ambiente serão mais perigosos quanto maior for o grau de vulnerabilidade do idoso e a instabilidade que este problema poderá causar. Geralmente, idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras) e sim em atividades rotineiras. No presente estudo, apenas dois casos de queda ocorreram desta forma (um por subir em cadeira para alcançar um objeto e outro em andaime). Problemas ambientais também foram as mais freqüentes causas encontradas no estudo de Berg et al<sup>2</sup> (1997), no qual tropeços e escorregões somaram 59% das causas de quedas e problemas com degraus representaram 12%.

Dentre fatores intrínsecos, o surgimento de doenças que ocasionem redução da capacidade física pode acarretar efeitos sobre o controle postural do indivíduo ou, ainda, ter ação sobre o equilíbrio. As principais condições patológicas que predisõem à queda, segundo Kay et al<sup>10</sup> (1995), Lipsitz,<sup>12</sup> (1996), são: *doenças cardiovasculares, neurológicas, endocrinológicas, osteomusculares, geniturinária, psiquiátricas e sensoriais*. Na literatura, vários estudos mostram relação entre queda e déficit sensorial.<sup>10,13</sup> Porém, na presente investigação, nenhum idoso referiu relação direta entre o fato de ter problemas visuais e auditivos e a queda. Isto pode ter ocorrido pelo fato do idoso ter dificuldade em admitir esses déficits ou por não ter conseguido ver relação entre eles.

Além de apresentar uma relação com doenças já diagnosticadas, alguns autores referem a queda como

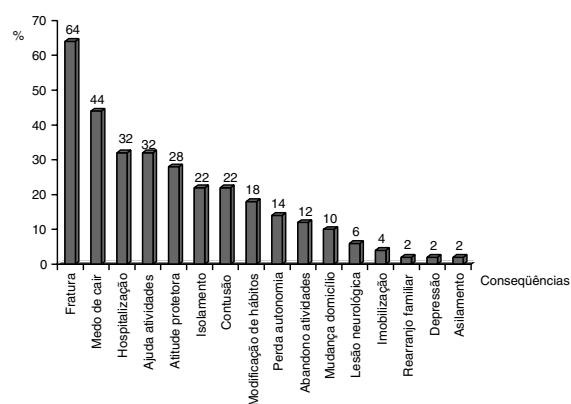


Figura 2 – Conseqüências apresentadas pelos idosos após a queda, Ribeirão Preto, 2000.

um fator preditório de algo errado com a saúde do idoso, podendo indicar a eminência de uma doença ainda não diagnosticada.<sup>10</sup> Muitas doenças infecciosas em idosos apresentam-se clinicamente atípicas, podendo ser a queda o primeiro indício.<sup>3</sup>

Vários estudos na literatura sobre o uso de medicações, também considerado possível causa intrínseca da queda e observado no presente estudo, descrevem que o uso de fármacos pode ser fator de risco, principalmente quanto ao uso de polifármacos. Brito et al<sup>3</sup> (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. Os dados do presente trabalho referentes ao uso de polifármacos estão em concordância com os de Robbins et al<sup>16</sup> (1989). Esses autores afirmam que o uso de quatro ou mais drogas associadas, em idosos, pode levar a maior risco de queda, devido ao fato de haver forte associação entre as drogas ou ainda que o tratamento com polifármacos traduza uma condição de saúde precária. Portanto, é essencial que o profissional, ao prescrever medicamentos, estabeleça uma avaliação criteriosa sobre a real necessidade do seu uso, dada a estreita relação entre o uso de novos fármacos, ou mesmo ajuste de dosagem, e o aumento do risco de queda.

Saber o local onde ocorreu a queda é importante para identificar fatores ambientais causadores da mesma. Em um estudo retrospectivo realizado em Ribeirão Preto, com idosas na comunidade que sofreram queda, também foi verificado maior proporção de queda no lar das idosas.<sup>17</sup> Campbell et al<sup>5</sup> (2000), quando investigaram ocorrência de acidentes com idosos que vivem na comunidade, verificaram que o evento queda representou 51% dos acidentes encon-

trados e que eles ocorreram em sua maioria no próprio lar do idoso (44% das quedas). Estes dados são extremamente elucidativos para o planejamento de medidas preventivas das quedas em idosos.

Dentre os idosos investigados no presente estudo, a fratura foi a conseqüência mais verificada. Porém, o fato dos idosos participantes do estudo terem sido aqueles atendidos em unidades de internação pode ter interferido nesses resultados, já que esses indivíduos são os que apresentaram conseqüências mais graves após a queda. Kannus et al,<sup>9</sup> na Finlândia, e Becker et al,<sup>1</sup> na Alemanha, também observaram que a fratura, sobretudo a do fêmur, foram as mais frequentes conseqüências de quedas de idosos.

Medo de voltar a cair, ou “síndrome pós-queda”, (segunda maior conseqüência citada pelos idosos) também foi relatado por vários autores.<sup>1,16,20</sup> 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 conseqüências inerente à queda.<sup>11</sup> Portanto, todos esses sentimentos podem trazer importantes modificações emocionais, psicológicas e sociais, tais como: perda de autonomia e independência para ABVD e AIVD, diminuição de atividades sociais, sentimento de fragilidade e insegurança.

Para as AVD, caminhar em superfície plana, deitar/levantar-se da cama e tomar banho, os idosos apresentaram perda de independência após a queda, na maioria por capacidade funcional prejudicada (Tabela 1). Essas atividades, que antes não eram realizadas com tanta dificuldade, passaram a representar um problema para os idosos. Para as AVD, realizar compras, usar transporte coletivo e subir escadas, após a queda, os idosos demonstraram mais dependência para locomoção. Subir escada foi uma das atividades mais prejudicada após a queda. Limpar a casa, preparar refeições e medicar-se já eram atividades pouco realizadas pelos idosos mesmo antes da queda, assumidas por outras pessoas, na maioria das vezes, familiares. Escovar os dentes, ir ao banheiro em tempo, pentear os cabelos e comer foram atividades que sofreram menos impacto após a queda.

Carvalho et al<sup>6</sup> (1998) referem que pessoas de 75 a 84 anos que necessitam de ajuda para realização de AVD têm 14 vezes maior probabilidade de cair do que pessoas 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 podem passar a ver o idoso que cai como um fraco, muitas vezes afastando-o de tais atividades.

Todas as dificuldades apresentadas pelos idosos do presente estudo tiveram alguma relação com as conseqüências que a queda trouxe para os mesmos, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais. O impacto causado na realização das AVD trouxe ao idoso maior dependência de outras pessoas, principalmente para realização das AIVDs. Até mesmo atividades que antes o idoso realizava sem ajuda alguma e sem dificuldades, após a queda modificou-se. A incapacidade para realização das AVD advindas de imobilidades provocadas pela queda podem trazer, a longo prazo, não apenas conseqüências aos idosos, mas também a seus familiares, que precisam se mobilizar para o tratamento e a recuperação do idoso, e aos serviços de saúde.

A lesão acidental é a sexta causa de morte entre idosos de 75 anos ou mais e a queda é responsável por 70% desta mortalidade.<sup>12</sup> É importante valorizar o evento queda, uma vez que a morte pode ser uma de suas conseqüências. No presente estudo, a morte após a queda ocorreu em maior número entre as mulheres, discordando de dados encontrados por Campbell et al<sup>4</sup> (1985), em um estudo prospectivo onde foi verificado que o risco de morte é maior entre homens do que mulheres. A ocorrência de maior número de morte entre as mulheres, no presente estudo, pode estar relacionado ao fato de o número absoluto de idosos que caíram ser maior entre os idosos do sexo feminino. As fraturas, como uma das maiores conseqüências que levaram à morte, podem estar relacionadas à existência maior de osteoporose entre as idosas, já que existe forte relação entre esta e as fraturas.

O que é preciso estar claro é que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas conseqüências, às vezes irreparáveis. Portanto, 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 permitir um melhor entendimento da queda.

Uma outra forma de trabalhar a queda seria realizando sua prevenção, por meio de visitas domiciliares. A Política Nacional de Saúde do Idoso já aborda esse tipo de assistência. Para tanto, 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.

## REFERÊNCIAS

1. Becker RC, Gebhard F, Mucher R, Scheible S, Nikolaus T. Epidemiologie von stürzen älterer. *Z Orthop* 1999;137:482-5.
2. Berg WP, Alessio HM, Mills EM, Tong C. Circumstances and consequences of falls in independent community – dwelling older adults. *Age & Ageing* 1997;26:261-8.
3. Britto FC, Costa SMN. Quedas. In: Papaleo Netto M, Brito FC. Urgências em geriatria. São Paulo: Ed. Atheneu; 2001. p. 323-35.
4. Campbell AG, Diep C, Reinken J, McCosh L. Factors predicting mortality in a total population sample of elderly. *J Epidemiol Comm Health* 1985;39:337.
5. Campbell EM, Carter SE, Sanson-Fisher RW, Gillespie WJ. Accidents in older people living at home: a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. *Australian Zeland J Public Health* 2000;24:633-6.
6. Carvalhaes N, Rossi E, Paschoal S, Perracini N, Perracini M, Rodrigues RAP. Quedas. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 1, São Paulo, 24 a 27 de junho de 1998. Consensos de gerontologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1998. p. 5-18.
7. Cunha UG de V, Guimarães RM. Sinais e sintomas do aparelho locomotor. In: Guimarães RM, Cunha UG de V. Sinais e sintomas em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 141-54.
8. Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Family Physician* 2000;61:2159-68.
9. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Järvinen M, Vuori I. Fall – induced injuries and deaths among older adults. *JAMA* 1999;281:1895-9.
10. Kay PD, Tideiksaar R. Quedas e distúrbios de marcha. In: Abrams WB, Berkow R. Manual Merck de Geriatria. São Paulo: Ed Roca; 1995.
11. Kong KS, Lee F, Mackenzie AE, Lee DTF. Psychosocial consequences of falling: the perspective of older Hong Kong chinese who had experienced recent falls. *J Advanced Nursing* 2002;37:234-242.
12. Lipsitz LA. An 85 years-old woman with a history of falls. *JAMA* 1996;276:59-66.
13. Martins VMC. Quedas em pacientes geriátricos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 1999. p. 51.
14. Moura RN, Santos FC dos, Driemeier M, Santos LM dos, Ramos LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia* 1999;7(2):15-21.
15. Organização Mundial da Saúde. CID-10. São Paulo; 2000. p. 1017-9.
16. Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D, Fine G. Predictors of falls among elderly people. Results of two population based studies. *Arch Intern Med* 1989;149:1628-33.
17. Rocha FL, Cunha UG de V. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. *Arq Bras Med* 1994;68:9-13.
18. Studenski S. Quedas. In: Calkins E, Ford AD, Katz PR. *Geriatria Prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p. 227-3.
19. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med* 1989;330:1055-9.
20. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age & Ageing* 1997;26:189-93.
21. Yuaso DR, Sguizzatto GT. Fisioterapia em pacientes idosos. In: Papaleo Neto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 331-3.