



Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio

Causes and consequences of falls in elderly at home

Fatima Ferretti^[a], Diany Lunardi^[b], Larissa Bruschi^[b]

^[a] Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), professora do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), líder do grupo de Pesquisa em Envelhecimento Humano e Saúde, editora-chefe da revista FisiSenectus, Chapecó, SC, Brasil, e-mail: ferrettifisio@yahoo.com.br

^[b] Fisioterapeutas graduadas pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil, e-mails: dianylunardi@hotmail.com, lari@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução: As quedas são frequentes nos idosos e, como eles permanecem a maior parte do tempo em domicílio, este que deveria ser um lugar seguro, torna-se muitas vezes um ambiente de maior risco. **Objetivos:** Identificar as causas e consequências de quedas de idosos em domicílio por gênero e faixa etária e verificar quais estruturas corporais são mais acometidas. **Materiais e métodos:** A amostra constituiu-se de 389 idosos residentes no município de Chapecó, sendo 191 mulheres (49,10%) e 198 homens (50,89%). Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário adaptado de Lojudice (14) e o Miniexame do Estado Mental (13). **Resultados:** Foi identificada uma média de 1,6 quedas ao ano (DP ± 0,97). Uma média de 1,57 (DP ± 1,02) para homens e 1,63 (DP ± 0,91) nas mulheres. No entanto, por faixa etária, são os idosos com mais de 80 anos aqueles que mais sofreram quedas, em uma média de 2,16 (DP ± 1,34) por ano. O local de mais ocorrências de quedas foi o banheiro (24,94%), seguido da cozinha (18,25%). A maioria relatou ter sofrido algum tipo de lesão (92,03%), sendo as mais comuns as escoriações (46,52%) e as fraturas (29,05%), e a região corporal com mais episódios foi o tornozelo (19,79%) e o joelho (18,25%). **Conclusão:** Conclui-se que a ocorrência de quedas dentro do domicílio constitui-se em um problema de saúde pública, seja pelo número de lesões e impacto que gera na saúde do idoso ou pela necessidade de se pensar estratégias para prevenir esse evento em domicílio e no seu entorno.

Palavras-chave: Idoso. Acidentes por quedas. Habitação.

Abstract

Introduction: The falls are frequent on the old and, as they stay the great part of the time at the household, this would should be a safe place, become many times an environment of the great risk. **Objective:** Identify the causes and consequence of falls in elderly at home old by gender and stage of ages. **Materials and methods:** The example constitute of 389 old in residence at the city of Chapecó, been 191 women, (49.10%) and 198 men (50.89%). For the collection of the data we did utilize an adapted questionnaire of Lojudice (14) and the mini exam mental (13). **Results:** Was identify an average of 1.6 falls to the year ($DP \pm 0.97$). An average of 1.57 ($DP \pm 1.02$) for men and 1.63 ($DP \pm 0.91$) for women. However, in the stages of ages, are the over of 80 years old that more did suffer falls, a average of 2.16 ($DP \pm 1.34$) by year. The place of more occurrences of falls was in the bathroom (24.94%) follow of kitchen (18.25%). The majority related have suffered any type of injury (92.03%) been the most common, the hurts (46.52%), follow of fractures (29.05%) and the part bodily with more episode was on the ankle (19.79%) and knee (18.25%). **Conclusion:** Conclude that the occurrence of falls inside from the household constitute in a problem of public health, be in the number of injury and impact that reflect on the olds's health or in the necessity of either think strategies for warn this event in the household and its around.

Keywords: Old. Accidental falls. Housing.

Introdução

A população brasileira está vivendo mais. De acordo com pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no período de 1980 a 2010, a expectativa de vida da população brasileira, ao nascer, aumentou mais de 11 anos, chegando a 73 anos, 5 meses e 24 dias (1). O aumento da proporção de idosos na população brasileira traz à tona a discussão a respeito de eventos incapacitantes nessa faixa etária, dos quais se destaca a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas por suas consequências, especialmente as fraturas (2).

A 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 à sua posição inicial” (3, 4).

O tema é muito valorizado pela gerontologia e uma fonte de preocupação dos pesquisadores dessa área (5), pois se constitui em um sério problema de saúde pública no Brasil, já que cerca de 30% dos indivíduos com idade maior ou igual há 65 anos apresentam relato de queda anualmente, havendo aumento desse percentual para 51% nos indivíduos com mais de 85 anos (6).

Existem algumas constatações que devem ser levadas em consideração quando se fala em idoso e queda, uma delas é que os idosos caem mais em seu próprio lar do que na rua ou em outros ambientes (7, 8). Mais de 70% das quedas ocorrem no interior

da residência, sendo que as pessoas que vivem sozinhas apresentam maior risco (6).

As quedas podem ter sérias consequências físicas e psicológicas, incluindo lesões, hospitalizações, perturbação da mobilidade, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional, institucionalização e até mesmo a morte (9). Atualmente, as fraturas decorrentes de quedas são responsáveis por aproximadamente 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos. Idosos apresentam dez vezes mais hospitalizações e oito vezes mais mortes consequentes de quedas (10).

O idoso, muitas vezes, passa a maior parte do tempo em sua residência. Esse ambiente, que pode parecer o mais seguro possível pela familiaridade, pode tornar-se um ambiente de risco. Entre os acidentes domésticos, as quedas são as mais comuns em uma proporção de 70% e fatores externos em 30%. Nesse ambiente, a pessoa idosa tem sua prontidão diminuída devido à autoconfiança para se deslocar, construída pelo conhecimento que possui sobre o ambiente em que vive. A atenção também fica reduzida porque as atividades que desempenha em seu lar são costumeiras, dessa forma, acidentes que poderiam facilmente ser evitados são causadores da redução da mobilidade ou da capacidade funcional. Muitas situações que eram corriqueiras, em sua juventude, passam a se constituir em perigos iminentes (11).

Estudo de Perracini e Ramos (12) verificou que algumas variáveis aumentaram a chance de quedas de

idosos de forma independente e significativa. Essas variáveis eram história prévia de fratura, ser mulher, ter dificuldade na execução das atividades físicas e possuir visão ruim ou péssima. Os mesmos autores descrevem como possíveis causas para maior ocorrência de quedas em mulheres a maior fragilidade destas em relação aos homens, assim como maior prevalência de doenças crônicas. Suspeita-se, ainda, que o fato pode estar relacionado a uma maior exposição a atividades domésticas e a um comportamento de maior risco.

Diante de tão frequente e grave problema de saúde pública, o presente estudo procurará contribuir trazendo informações sobre a ocorrência de quedas de idosos em domicílio, identificando as causas e consequências para que esses dados possam servir de subsídios no planejamento de novas ações e programas que realizem a prevenção das quedas neste ambiente, bem como para alertar o planejamento público sobre a necessidade de se refletir em torno do planejamento de conjuntos habitacionais que sejam adequados para a população idosa. Considerando esse contexto, o presente artigo teve como objetivo identificar as causas e consequências de quedas de idosos em domicílio por gênero e faixa etária e verificar quais estruturas corporais são mais acometidas pelas quedas.

Materiais e métodos

O método de pesquisa utilizado neste estudo foi do tipo transversal quantitativo, descritivo e analítico.

A população de idosos em Chapecó é composta por 13.606 idosos (1). A amostra foi constituída com 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral, totalizando com 389 idosos. A coleta de dados foi organizada mediante sorteio aleatório de oito bairros do município, e nestes foram localizados os idosos em seus domicílios até atingir o número da amostra.

Foram excluídos da pesquisa os idosos ausentes de seus domicílios em mais de três visitas do pesquisador, os estabelecimentos comerciais, idosos acamados, aqueles que não conseguiram um resultado estimado no Miniexame do Estado Mental para cognição e os que não sofreram quedas em domicílio durante os últimos 12 meses.

Os idosos que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e Comitê de Ética da

Unochapecó. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o Miniexame do Estado Mental adaptado de Crum et al. (13), que avalia a orientação temporo-espacial, memória, cálculo, linguagem e habilidades construtivas. Na sequência, aplicou-se um questionário adaptado por Lojudice (14) para a pesquisa sobre causas e consequências de quedas em domicílio dos idosos.

O banco de dados foi digitado no programa Excel 2007. A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e os dados foram representados por meio de gráficos e tabelas com N e/ou percentual. A coleta foi realizada nos meses de abril e maio de 2012. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética sob o Protocolo n. 043/12.

Resultados

Dentre os 389 idosos que participaram do estudo, foi identificada uma média de 1,6 ($\pm 0,97$) quedas ao ano.

A Tabela 1 apresenta informações quanto ao perfil dos idosos que participaram do estudo. Dos 389 idosos, 50,89% era de homens, sendo que a faixa etária mais preponderante foi a de 60 a 69 anos (58,09%). A maioria era de homens casados (65,55%), tendo como destaque a alfabetização de quase a totalidade da amostra (96,40%), no entanto, muitos ainda não são aposentados (23,13%).

A Tabela 2 apresenta as causas para ocorrência de quedas de idosos em domicílio. O tipo de piso no qual ocorreu o maior número de quedas, no geral da amostra, foi o piso áspero (59,64%), não houve diferença importante quanto ao estado do piso, se seco (46,46%) ou molhado (45,24%). Na maioria dos locais não havia presença de tapetes (63,49%), rampas (89,71%) e degraus (75,06%), bem como a qualidade da iluminação era boa, ou seja, claro (75,06%). Em geral, a amostra não tem por hábito realizar exercícios físicos (79,69%), sendo a população masculina mais sedentária (80,30%) que a feminina (79,05%). As quedas ocorreram mais em piso seco (46,46%) na faixa etária entre 60-69 anos, já na faixa de 70-79 e mais de 80 anos, as quedas ocorrem mais no piso molhado, 49,20% e 48,65%, respectivamente. A quase totalidade da amostra (95,23%) faz uso de medicamentos para enfermidades crônicas.

A Tabela 3 apresenta as consequências de quedas de idosos em domicílio, sendo que a maioria relatou ter sofrido algum tipo de lesão (92,03%). As mais comuns foram as escoriações (46,52%) e as fraturas (29,05%). A parte do corpo mais acometida por lesões

Tabela 1 – Perfil de idosos que sofreram quedas em domicílio – 2012

	Nº	%
Gênero		
Masculino	198	50,89
Feminino	191	49,10
Idade		
60-69	226	58,09
70-79	126	32,39
> 80	37	9,51
Estado civil		
Casado(a)	255	65,55
Separado(a)	24	6,16
Viúvo(a)	59	15,16
Solteiro(a)	34	8,74
Desquitado(a)	17	4,38
Alfabetizados		
Sim	375	96,40
Não	14	3,59
Aposentado		
Não	90	23,13
Sim	299	76,86
Total	389	100

Fonte: Dados da pesquisa.

foi o tornozelo (19,79%), seguido do joelho (18,25%) e quadril (14,91%). Para as mulheres, as lesões mais comuns foram no tornozelo (21,46%), seguido do quadril (16,75%) e do joelho (16,24%); e para os homens foram no joelho (20,20%), no tornozelo (18,18%) e na cabeça (15,15%). Quanto à faixa etária entre 60 e 69 anos, as regiões corporais citadas pelos idosos como aquelas que mais sofreram lesões após a queda foram o joelho e o tornozelo, com 47 indicações cada (20,79%). Entre 70 e 79 anos, a região mais acometida foi a cabeça (19,85%), seguida do tornozelo (19,05%). Já para os idosos com mais de 80 anos, as partes mais acometidas por lesão foram tornozelo, cabeça e antebraço, ambos com seis relatos cada (16,21%). Após os eventos das quedas uma parcela da amostra percebe sua saúde como regular (38,30%) e alguns como fraca (3,08%).

A Tabela 4 traz dados em relação aos locais de quedas. Observou-se uma diferença por gênero, em que a maioria das quedas que ocorreram com as mulheres foram no banheiro (24,94%), seguido da cozinha

(24,08%), e para os homens banheiro (26,10%), seguido do jardim (14,15%) e da escada (12,12%). Em relação às faixas etárias entre 60-69, 70-79 e acima de 80 anos, para ambos os sexos observa-se que o maior número de quedas ocorreu no banheiro (21,63%).

A Tabela 5 quantifica o número de quedas de idosos ocorridas em domicílio por ano e estabelece a média por faixa etária e por gênero. Observa-se uma média de 1,57 ($\pm 1,02$) para homens e 1,63 ($\pm 0,91$) para as mulheres. No entanto, por faixa etária, são os idosos com mais de 80 anos que sofreram mais quedas, em uma média de 2,16 ($\pm 1,34$) por ano.

Discussão

As ocorrências de quedas são comuns, no entanto, o quadro se agrava com o avançar da idade e os problemas de saúde, causando lesões menores ou, até mesmo, fraturas mais graves. O presente estudo observou que

Tabela 2 – Causas de quedas de idosos em domicílio por gênero e faixa etária – 2012

Tipo do piso	Geral	Por gênero		Por faixa etária		
	N (%)	Mulher N (%)	Homem N (%)	60-69 N (%)	70-79 N (%)	> 80 N (%)
Liso	155 (39,84)	79 (41,36)	76 (38,38)	90 (39,82)	53 (42,06)	12 (32,43)
Áspero	232 (59,64)	111 (58,11)	121 (61,11)	134 (59,29)	73 (57,93)	25 (67,56)
Outro	2 (0,51)	1 (0,52)	1 (0,50)	2 (0,88)	0 (0,00)	0 (0,00)
Estado do piso						
Seco	182 (46,78)	85 (44,50)	97 (48,99)	105 (46,46)	60 (47,61)	17 (45,94)
Molhado	176 (45,24)	86 (45,02)	90 (45,45)	96 (42,47)	62 (49,20)	18 (48,65)
Encerado	31 (7,97)	20 (10,47)	11 (5,55)	25 (11,06)	4 (3,18)	2 (5,40)
Presença de degraus						
Sim	97 (24,93)	50 (6,28)	47 (23,73)	57 (25,22)	26 (20,63)	14 (37,83)
Não	292 (75,06)	141 (93,71)	151 (76,26)	169 (74,77)	100 (79,36)	23 (62,16)
Presença de rampas						
Sim	40 (10,28)	12 (6,28)	28 (14,14)	26 (11,50)	7 (5,55)	7 (18,91)
Não	349 (89,71)	179 (93,71)	170 (85,85)	200 (88,49)	119 (94,44)	30 (81,08)
Iluminação						
Claro	292 (75,06)	147 (76,96)	145 (73,23)	168 (74,33)	99 (78,57)	26 (70,27)
Escuro	97 (24,93)	44 (23,03)	53 (26,76)	58 (25,66)	27 (21,42)	11 (29,72)
Presença de tapetes						
Sim	142 (36,50)	81 (42,40)	61 (30,80)	89 (39,38)	37 (29,36)	16 (43,24)
Não	247 (63,49)	110 (57,59)	137 (69,19)	137 (60,61)	89 (70,63)	21 (56,75)
Uso de medicação						
Sim	357 (91,77)	176 (92,14)	181 (91,41)	201 (88,93)	120 (95,23)	36 (97,29)
Não	32 (8,22)	15 (7,85)	17 (8,58)	25 (11,06)	6 (4,76)	1 (2,70)
Exercício físico						
Sim	79 (20,30)	40 (20,94)	39 (19,69)	60 (26,54)	17 (13,19)	2 (5,40)
Não	310 (79,69)	151 (79,05)	159 (80,30)	166 (73,45)	109 (86,50)	35 (94,59)
Total	389 (100)	191	198	226	126	37

Fonte: Dados da pesquisa.

são os idosos com mais de 80 anos que sofreram mais quedas, em uma média de 2,16 (DP \pm 1,34) por ano.

Estudo de Perracini e Ramos (13) reforça o achado deste trabalho e afirma que idosos com idade superior a 80 anos estão 14 vezes mais propensos a cair (expondo-se a riscos de lesões e fraturas decorrentes das quedas) do que idosos com idade inferior.

Segundo estudos realizados por Coutinho e Silva (8) e Gawryszewski (15), em relação à faixa etária com maior ocorrência de quedas, ambos encontraram dados que se assemelham a outros estudos, que verificaram

maior incidência de quedas entre os idosos mais velhos — com 80 anos ou mais — em relação aqueles com idade entre 60 e 79 anos. Os resultados confirmam que idosos acima de 80 anos apresentam mais riscos relativos de quedas do que idosos de faixa etária inferior (16).

Já outro estudo com 26 idosos da cidade de Marília, São Paulo, verificou-se que a média de quedas foi maior na faixa etária de 75-84 anos. Segundo os pesquisadores, esse fato ocorre provavelmente porque os idosos com 85 anos ou mais diminuem suas atividades naturalmente (17).

Tabela 3 – Consequências de quedas de idosos em domicílio por gênero e faixa etária – 2012

Lesão	Geral	Por gênero		Por faixa etária		
	N (%)	Mulher N (%)	Homem N (%)	60-69 N (%)	70-79 N (%)	> 80 N (%)
Sim	358 (92,03)	176 (92,14)	182 (91,91)	202 (89,38)	119 (94,44)	37 (100)
Não	31 (7,96)	15 (7,85)	16 (8,08)	24 (10,61)	7 (5,55)	0 (0,00)
Tipo lesão						
Fraturas	113 (29,05)	52 (27,22)	61 (30,80)	60 (26,55)	40 (31,74)	13 (35,13)
Entorses	67 (17,22)	36 (18,85)	31 (15,65)	40 (17,69)	23 (18,25)	4 (10,81)
Escoriações	181 (46,52)	90 (47,12)	91 (45,96)	105 (46,46)	56 (44,45)	20 (54,05)
Sem lesão	28 (7,20)	13 (6,80)	15 (7,58)	21 (9,29)	7 (5,55)	0 (0,00)
Região da lesão						
Sem lesão	28 (7,19)	13 (6,80)	15 (7,57)	21 (9,30)	7 (5,55)	0 (0,00)
Cabeça	58 (14,91)	28 (14,65)	30 (15,15)	27 (11,95)	25 (19,85)	6 (16,21)
Ombro	19 (4,89)	6 (3,15)	13 (6,56)	10 (4,43)	5 (3,96)	4 (10,81)
Tórax	21 (5,39)	9 (4,71)	12 (6,06)	11 (4,86)	6 (4,76)	4 (10,81)
Antebraço	16 (4,12)	7 (3,66)	9 (4,55)	5 (2,22)	5 (3,96)	6 (16,21)
Mãos	30 (7,71)	18 (9,42)	12 (6,06)	18 (7,96)	10 (7,94)	2 (5,41)
Quadril	58 (14,91)	32 (16,75)	26 (13,13)	33 (14,60)	20 (15,87)	5 (13,51)
Joelho	71 (18,25)	31 (16,24)	40 (20,20)	47 (20,79)	21 (16,66)	3 (8,12)
Tornozelo	77 (19,79)	41 (21,46)	36 (18,18)	47 (20,79)	24 (19,05)	6 (16,21)
Pés	11 (2,83)	6 (3,15)	5 (2,53)	7 (3,09)	3 (2,38)	1 (2,70)
Percepção da saúde						
Ótima	17 (4,37)	10 (5,23)	7 (3,53)	13 (5,75)	4 (3,17)	0 (0,00)
Boa	211 (54,24)	99 (51,83)	112 (56,56)	130 (57,52)	62 (49,20)	19 (51,35)
Regular	149 (38,30)	75 (39,26)	74 (37,38)	79 (34,95)	53 (42,07)	17 (45,94)
Má	12 (3,08)	7 (3,67)	5 (2,52)	4 (1,77)	7 (5,55)	1 (2,70)
Total	389 (100)	191	198	226	126	37

Fonte: Dados da pesquisa.

Para Masud e Morris (18), pessoas com idade menor que 75 anos têm maior probabilidade de cair em ambientes externos e os idosos com mais de 75 anos caem mais no interior de suas próprias residências. Outro estudo que reforça os achados deste foi o de Lebrão e Laurenti (19), que verificou que a frequência de quedas aumenta com a idade com 26,2% naqueles com 60 a 74 anos e 36,9% acima de 75 anos.

Quanto ao tipo de piso em que ocorreu a queda, neste estudo o áspero foi o mais comum (59,64%), e não houve diferença importante quanto ao estado do piso, se seco (46,78%) ou molhado (45,24%). Isso contrasta com outros estudos nos quais as quedas foram resultantes de pisos escorregadios. Talvez esse fato se justifique pelo local da ocorrência de quedas, pois um número expressivo de homens caiu no jardim

(14,15%) e de mulheres na cozinha (24,08%), locais que tem mais relação com as tarefas desempenhadas do que o tipo de piso.

Outro estudo de Signorelli, Araújo e Sawazki (20) reforça essa realidade, pois constataram que a maioria das quedas ocorreu no pátio (56%), quando era irregular e não apresentava piso adequado.

Os achados do estudo realizado por Alba (21) evidenciaram que os idosos sofreram quedas na área externa da casa, tais como no gramado e próximo ao tanque de lavar roupas (25,0%). Dados reforçam a hipótese de que um número importante de quedas ocorre mais vinculado à complexidade dos afazeres que realizam, ao terreno irregular e à diminuição das reações de proteção e equilíbrio, próprias do processo de envelhecimento, do que ao tipo de piso apenas.

Tabela 4 – Local das quedas de idosos em domicílio analisadas por gênero e faixa etária – 2012

Local das quedas	Geral	Por gênero		Por faixa etária		
	N (%)	Mulher N (%)	Homem N (%)	60-69 N (%)	70-79 N (%)	> 80 N (%)
Banheiro	97 (24,94)	53 (27,75)	44 (22,22)	59 (26,10)	30 (23,80)	8 (21,63)
Quarto	41 (10,53)	22 (11,52)	19 (9,59)	30 (13,27)	10 (7,94)	1 (2,70)
Sala	43 (11,05)	19 (9,95)	24 (12,12)	28 (12,38)	13 (10,31)	2 (5,40)
Cozinha	71 (18,25)	46 (24,08)	25 (12,62)	41 (18,15)	25 (19,85)	5 (13,51)
Varanda	2 (0,51)	0 (0,00)	2 (1,01)	0 (0,00)	1 (0,79)	1 (2,70)
Jardim	32 (8,22)	4 (2,10)	28 (14,15)	18 (7,96)	9 (7,15)	5 (13,51)
Área serviço	18 (4,62)	11 (5,75)	7 (3,54)	5 (2,22)	8 (6,34)	5 (13,51)
Calçada externa	27 (6,95)	14 (7,32)	13 (6,56)	17 (7,52)	6 (4,76)	4 (10,82)
Corredor	17 (4,37)	5 (2,62)	12 (6,06)	5 (2,22)	11 (8,74)	1 (2,70)
Escada	41 (10,55)	17 (8,90)	24 (12,12)	23 (10,17)	13 (10,31)	5 (13,51)
Total	389 (100)	191	198	226	126	37

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5 – Quedas de idosos em domicílio por faixa etária e por gênero – 2012

Faixa etária	Número de quedas	Média (DP)
60 a 69	348	1,54 (± 0,88)
70-79	193	1,53 (± 0,94)
+ 80 anos	80	2,16 (± 1,34)
Gênero		
Mulheres	311	1,63 (± 0,91)
Homens	310	1,57 (± 1,02)

Fonte: Dados da pesquisa.

Lojudice (14) encontrou como os lugares onde os idosos mais caíram o banheiro (33,3%), seguido do quarto e da sala (16,7%). Vários estudos demonstram que idosos tendem a sofrer mais quedas em seus lares (6,22) e nos cômodos mais utilizados (23). O menor número de quedas fora desses ambientes pode ocorrer em razão da menor sociabilidade de alguns idosos (24). No entanto, outro fator que pode influenciar nessa questão é o medo de cair novamente, já que a maioria dos idosos a partir de uma determinada idade sofre em torno de uma queda ao ano.

No que tange ao gênero, observa-se diferença quanto ao local das quedas. Para as mulheres, a maioria ocorre no banheiro (24,94%), seguido da cozinha (24,08%), e os homens no banheiro (26,10%), seguido do jardim (14,15%). Em relação às faixas etárias

entre 60-69, 70-79 e acima de 80 anos, para ambos os sexos observa-se que o maior número de quedas ocorreu no banheiro (26,10%). Achados de Ganança et al. (25) se assemelham com os deste, pois concluiu que das quedas ocorridas no ambiente interno do domicílio a maioria foi no banheiro (38,1%), e o ambiente estava bem iluminado (85,9%).

Dos relatos de quedas dentro do domicílio, o banheiro foi o compartimento mais citado em ambos os sexos. Esses resultados diferem, em parte, dos encontrados em outros estudos, nos quais a ocorrência de quedas concentra-se, sobretudo, na cozinha (15,26). Possivelmente, a ocorrência de quedas esteja mais vinculada aos afazeres por gênero, visto que as mulheres sofreram um número importante de quedas na cozinha, lugar em que elas permanecem mais tempo

que os homens, e estes no jardim, muitas vezes seu lócus de tarefas. Há necessidade de se realizar estudos que façam uma análise mais profunda sobre essa questão de gênero, ocorrência de quedas e atividades cotidianas, até para que os programas preventivos passem a considerar essa variável nas orientações quanto à casa segura para o idoso.

Os achados do estudo de Heckmann e Junior (27) e Gill, Robison e Williams (28) diferem e destacam que as quedas dentro de casa ocorrem nos cômodos mais utilizados, sendo o quarto (21,4%), a cozinha (19,1%) e a sala (27,4%).

Autores corroboram que por ser o ambiente de maior permanência do idoso, o principal local de ocorrência de eventos de quedas é o próprio domicílio e o risco de sofrer uma queda em casa aumenta com o avançar da idade (29, 30).

Neste estudo, a maioria dos idosos relatou ter sofrido algum tipo de lesão (92,03%), e as mais comuns foram as escoriações (46,52%) e as fraturas (29,05%).

Guccione (31) afirma que grande parte das quedas de idosos resulta em lesões menores ou em nenhuma lesão. No entanto, é preocupante se considerarmos a elevada proporção de idosos que sofreram escoriações e lacerações como consequência do impacto provocado pela queda.

O estudo de Nevitt (32) encontrou resultados semelhantes, em que as principais consequências das quedas foram arranhões, abrasões, hematomas e lacerações sem suturas. Porém, as quedas não ocasionam somente esses tipos de lesões, 5% a 10% delas podem promover ferimentos mais graves. Fator que preocupa, pois as fraturas podem levar os idosos a um quadro de dependência importante, dependendo da extensão e região da parte lesionada, com hospitalização longa, de acordo com o procedimento cirúrgico necessário. Portanto, achados como o deste estudo em que quase 30% de uma amostra de 389 idosos sofreram fraturas após uma queda preocupa, e muito, o sistema de saúde.

A maioria da amostra não tem por hábito realizar exercícios físicos (79,69%), sendo a população masculina mais sedentária (80,30%). De acordo com Gill, Robison e Williams (28), a atividade física diária e o exercício contribuem para a prevenção de quedas, pois as pesquisas sugerem que um programa de exercícios que aumente a força, mantenha a composição e o peso corporal eficientes para a locomoção, e que também melhore o equilíbrio, pode diminuir o evento de quedas entre pessoas idosas.

Segundo Guimarães et al. (33) a atividade física é uma modalidade terapêutica que melhora a mobilidade física e a estabilidade postural, que estão diretamente relacionadas com a prevenção de quedas.

O sedentarismo no envelhecimento é um fator que contribui adicionalmente para uma deterioração do controle postural (34, 35) e aumenta significativamente o risco de quedas, portanto, os exercícios físicos ajudam a minimizar as alterações do processo de envelhecimento, sendo importantes para a manutenção da capacidade funcional e de boa condição de saúde, além de proteger o idoso quanto à ocorrência de quedas. O presente estudo identificou que quase a totalidade da amostra (95,23%) faz uso de medicamentos para enfermidades crônicas.

A relação entre o uso de medicamentos e quedas tem sido bastante investigada na literatura. Estudos demonstram que embora não seja possível relatar a causa, o uso de medicamentos aumenta o risco de quedas, especialmente em pacientes idosos mais frágeis ou que usam medicamentos mais severos (36). Em outro estudo verificou-se a associação entre a necessidade de utilização de medicação de uso contínuo e a ocorrência de quedas (37).

Conclusão

Conclui-se que o local de mais ocorrências de quedas para mulheres foi o banheiro (24,94%), seguido da cozinha (18,25%), e para os homens foi o banheiro (26,10%), seguido do jardim (14,15%) e da escada (12,12%). Ainda, que a maioria sofreu algum tipo de lesão (92,03%), sendo mais comum escoriações (46,52%) e fraturas (29,05%), e a região corporal com mais episódios foi o tornozelo (19,79%) e o joelho (18,25%). No entanto, não houve diferença importante quanto ao estado do piso em que ocorreu a queda, se seco (46,46%) ou molhado (45,24%). As mulheres sofrem mais quedas ao ano que os homens, em média 1,6 (DP \pm 0,97). Porém, é a faixa etária acima dos 80 que tem mais eventos de quedas no ano, 2,16 (DP \pm 1,34). A maioria da amostra não realiza exercícios físicos (79,69%), sendo a população masculina mais sedentária (80,30%).

Os dados chamam a atenção pelo número de fraturas decorrentes das quedas e pela diversidade de possibilidades para que o evento queda ocorra, o que nos leva a destacar a necessidade de mais estudos com essa temática, procurando destacar o vínculo

delas com as atividades cotidianas, sua função no dia a dia e o gênero. Ainda, que os programas preventivos precisam atentar para essas questões.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo demográfico: resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [acesso 30 jun 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf
2. Paixão J, Heckmann M. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
3. Pinho L, Dias RC, Souza TR, Freire MTF, Tavares CF, Dias JMD. Avaliação isocinética da função muscular do quadril e tornozelo em idosos que sofrem quedas. *Rev Bras de Fisioter*. 2005;9(1):93-9.
4. Moura RN, Santos FC, Driemeier M, Santos LM, Ramos LR. Quedas em idosos: fatores de risco associados. *Gerontol*. 1999;7(2):15-21.
5. Organização Mundial da Saúde - OMS. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. v. 1. 8. ed. São Paulo: Edusp; 2000.
6. Pereira SRM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001. [acesso 27 Jun 2012]. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/index.php?diretrizes>
7. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa ML Junior. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev de Saúde Pública*. 2004;38(1): 93-9.
8. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1359-66.
9. Ishizuka MA. Avaliação e comparação dos fatores intrínsecos dos riscos de quedas em idosos com diferentes estados funcionais [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2003.
10. Konrad HR, Girardi M, Helfert R. Balance and aging. *Laryngoscope*. 1999;109(9): 454-60.
11. Mendes MRSS, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enfermagem*. 2005;18(4):422-6.
12. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):709-16.
13. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA*. 1993;269(18):2386-91.
14. Lojudice DC. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
15. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(2):162-7.
16. Rarnett A, Smith B, Lord SR, Williams M, Baumand A. Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: a randomized controlled trial. *Age Ageing*. 2003;32(4):407-14.
17. Freitas MAV, Scheicher ME. Preocupação de idosos em relação a quedas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008;11(1):57-64
18. Masud T, Morris RO. Epidemiology of falls. *Age Ageing*. 2001;30(Suppl 4):3-7.
19. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):125- 41.
20. Signorelli GPAI, Araújo CVPI, Sawazki GII. Prevalência de quedas em idosos institucionalizados no Vale do Aço. *Rev Funcional*. 2009;2(2):11-20.
21. Alba R. Prevalência de queda em idosos no meio rural assistidos por uma estratégia de saúde da família [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
22. Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:448-54.
23. Santos MLC, Andrade MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos institucionalizados. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2005;29(1):57-68.
24. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.

25. Ganança FF, Gazzola JM, Arataini MC, Perracini MR, Ganança MM. Circunstâncias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(3):388-93.
26. Menant JC, Steele JR, Menz HB, Munro BJ, Lord SR. Optimizing footwear for older people at risk of falls. *J Rehabil Res Dev.* 2008;45(8):167-81.
27. Heckmann M, Paixão CM Junior. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 624-34.
28. Gill TM, Robison JT, Williams CS. Mismatches between the home environment and physical capabilities among community living older persons. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(1):88-92.
29. Silva TM. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *Rev eletrônica de enfermagem.* 2007;9(1):64-78.
30. Filgueiras MC. Fraturas em idosos decorrentes de quedas registradas em hospital terciário de referência em traumatologia no ano de 2004. *Rev Bras de Promoção a Saúde.* 2007;20(4):226-32.
31. Guccione A. *Fisioterapia geriátrica.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
32. Nevitt MC. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol.* 1991;46(5):164-170.
33. Guimarães LHCT, Galdino DCA, Martins FLM, Vitorino DFM, Pereira KL, Carvalho EM. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e os idosos sedentários. *Rev Neurociências.* 2004 [acesso 12 jun 2012]; 12(2). Disponível em: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_2/quedas.htm
34. Marinho MS, Silva JF, Pereira LSM. Efeitos do Tai Chi Chuan na incidência de quedas, no medo de cair e no equilíbrio em idosos: uma revisão sistemática de ensaios clínicos aleatorizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007 [acesso 7 nov 2013];10(2). Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200009&lng=pt&nrm=iso
35. Sinésio NBO. *Universidade da melhor idade: uma proposta salesiana para idosos.* Campo Grande: UCDB; 1999.
36. Dall JO, van Lieshout JJ. Falls and medications in the elderly. *Neth J Med.* 2005;63(3):91-6.
37. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):793-8.

Recebido: 20/07/2012

Received: 07/20/2012

Aprovado: 21/05/2013

Approved: 05/21/2013