

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

QUEDAS EM IDOSOS - FATORES DE RISCO
UMA REVISÃO DE LITERATURA

PRISCILA PANISIO DE LIMA GOTTARDO
LUBIA FABIANA ALVES DA SILVA

MARINGÁ – PR
2019

PRISCILA PANISIO DE LIMA GOTTARDO
LUBIA FABIANA ALVES DA SILVA

**QUEDAS EM IDOSOS - FATORES DE RISCO
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel (a) em Fisioterapia, sob a orientação da Prof.^a Marcia Regina Benedeti.

MARINGÁ – PR

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO
PRISCILA PANISIO DE LIMA GOTTARDO
LUBIA FABIANA ALVES DA SILVA

QUEDAS EM IDOSOS - FATORES DE RISCO
UMA REVISÃO DELITERATURA

Artigo apresentado ao curso de graduação em Fisioterapia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Fisioterapia, sob a orientação da Prof.^a Marcia Regina Benedeti.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Nome do professor – (Titulação, nome e Instituição)

Nome do professor - (Titulação, nome e Instituição)

Nome do professor - (Titulação, nome e Instituição)

Gottardo, Priscila Panisio de lima ; Silva, Lubia Fabiana Alves. **Quedas Em Idosos - Fatores De Risco Uma Revisão De literatura.** 17, páginas. Fisioterapia. UniCesumar, Maringá 2019.

RESUMO

A população idosa vem crescendo significativamente no Brasil nos últimos anos, e isso se deve a melhoria na qualidade de vida que leva ao aumento da longevidade Este trabalho tem por finalidade identificar os principais fatores de risco que levam a quedas em idosos. Para a realização deste trabalho buscamos artigos que abordassem os temas de estudo sobre fatores de riscos que causam quedas em idosos, para tal utilizamos a base de dados Scielo e Pubmed. O processo de envelhecimento ocorre para todos de forma gradativa. A velocidade com que essas alterações ocorrem depende de fatores genéticos e epigenéticos. Essas alterações afetam diretamente o equilíbrio do idoso deixando-os mais propensos a quedas. As quedas se caracterizam pela perturbação de um corpo, fazendo com que o mesmo saia de sua postura inicial para uma postura inferior, sem que o indivíduo tenha a capacidade de se recompor a tempo de evita-la. Com base nos estudos revisados, pode-se concluir que as quedas em idosos estão se tornando cada vez mais comuns, pois estatísticas apontam que as pessoas estão vivendo mais.

Palavras-chave: Atividade física. Envelhecimento. Fatores de risco. Idosos. Prevenção. Quedas.

Gottardo, Priscila Panisio de lima; Silva, Lubia Fabiana Alves. **Quedas Em Idosos - Fatores De Risco Uma Revisão De literatura.** 17, páginas. Fisioterapia. UniCesumar, Maringá 2019.

ABSTRACT

The elderly population has grown significantly in Brazil in recent years, and this is due to the improvement in quality of life that leads to increased longevity. This paper aims to identify the main risk factors that lead to falls in the elderly. To carry out this work we sought articles that addressed the study topics on risk factors that cause falls in the elderly, for this we used the database Scielo and Pubmed. The aging process occurs gradually for all. The speed with which these changes occur depends on genetic and epigenetic factors. These changes directly affect the balance of the elderly, making them more prone to falls. Falls are characterized by the disruption of a body, causing it to fall from its initial posture to a lower posture, without the individual having the ability to recover in time to avoid it. Based on the reviewed studies, it can be concluded that falls in the elderly are becoming increasingly common, as statistics indicate that people are living longer.

Keywords: Physical activity. Aging. Risk factors. Seniors. Prevention. Falls

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Kalache (1987), a população idosa vem crescendo significativamente no Brasil nos últimos anos, e isso se deve a melhoria na qualidade de vida que leva ao aumento da longevidade.

Segundo Veras (2009), o aumento da população idosa vem ocorrendo no mundo todo, e de forma rápida principalmente no Brasil. Todo ano cerca de 650 mil indivíduos são considerados idosos. Em 1960, o número de idosos era de 3 milhões, passando para 7 milhões em 1975 e 20 milhões em 2008, dados indicam que em 2020, o mesmo ocupará o sexto lugar no *ranking* de países com maior número de idosos, podendo ultrapassar os 30 milhões.

De acordo com Schneider e Irigaray (2008), a velhice pode ser classificada através dos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais e também do ambiente e cultura em que vive. No entanto, a velhice não pode ser classificada somente pela idade cronológica (a partir dos 60 anos), e sim pela individualidade de cada ser humano, uns chegam à velhice saudáveis e outros com problemas físicos e mentais.

Segundo Oliveira et al. (2010), o envelhecimento é um processo fisiológico que causa mudanças em vários sistemas do nosso corpo, e isso ocorre contínua e gradativamente com o passar dos anos, porém, não se sabe o momento exato em que acontece. Embora o processo de envelhecimento seja inevitável, a forma como ocorre e sua evolução variam de pessoa para pessoa. Neste processo várias mudanças podem ser observadas no corpo humano como: alterações fisiológicas, mecânicas, estruturais deixando o indivíduo frágil o que predispõe as quedas.

Existem fatores intrínsecos e extrínsecos que podem levar o indivíduo a queda, sendo os intrínsecos associados a problemas de saúde, e os de origem extrínseca de caráter domiciliar e ambiental, tais como: tapetes soltos, degraus altos e estreitos e falta de iluminação, entre outros, Almeida et al. (2012).

1.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os principais fatores de risco que levam a quedas em idosos.

2 MÉTODOLOGIA

Para a realização deste trabalho buscamos artigos e uma literatura que abordassem os temas de estudo sobre fatores de riscos que causam quedas em idosos, para tal utilizamos a base de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e *Pubmed*. Sendo utilizados como critérios de inclusão artigos entre 1987 a 2019 que tivessem relacionados ao tema escolhido, trabalhos que abordassem as palavras chaves determinadas. Outros foram excluídos por não contribuir com o objetivo do trabalho, não corresponder ao período escolhido e não abordar os temas definidos.

A pesquisa foi realizada através dos descritores: velhice; risco de quedas; idosos; atividades físicas e prevenção, anexadas nas bases de dados, sendo que a maioria utilizada pertencia a Scielo. Foram lidos 50 artigos e ao analisar e obedecer aos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 19 artigos relacionados a quedas de idosos publicados em periódicos.

3 DISCUSSÃO E DESENVOLVIMENTO

Cancela (2007) salienta que o processo de envelhecimento ocorre para todos de forma gradativa, e para melhor explicar a forma como o ser humano envelhece existem duas teorias mais aceitas. Teoria do envelhecimento programado: explica que todas as células do corpo humano têm um momento programado para morrer, e que após essa morte desencadeará uma forma inadequada dos órgãos funcionarem, não haverá assim, mais uma divisão celular e sim uma necrose, ou seja, é uma teoria que salienta ser os genes que irão estabelecer até quando uma célula viverá. Teoria dos radicais livres: indica que são as toxinas que acabam prejudicando e danificando o interior das células, nesse caso faz parte de um produto final de todas as reações químicas do corpo humano e que são compostas por pelo menos um elétron livre que se liga nas moléculas presentes nas redondezas e forma a toxina e, assim a sobrevivência das células diminui.

Conforme Esquenazi et al (2014), ao longo do tempo o corpo passa por várias transformações biológicas de forma gradativa, porém, essas mudanças só se tornam importantes ou notadas quando associadas a uma disfunção ou doença. A velocidade com que essas alterações ocorrem depende de fatores genéticos e epigenéticos, responsável pela

resposta do organismo a estímulos. As mesmas ocorrem de forma silenciosa de modo que não são notadas e não haja acometimento na fase inicial, no entanto, com o passar do tempo afetam a funcionalidade do organismo. O envelhecimento traz transformações no organismo afeta vários sistemas e provoca alterações, como: visuais, vestibulares, musculoesqueléticas e ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Essas alterações afetam diretamente o equilíbrio do idoso deixando-o mais propenso as quedas, Almeida et al. (2012).

Para Santos e Andrade (2005), a queda se caracteriza pela perturbação de um corpo, fazendo com que o mesmo saia de sua postura inicial para uma postura inferior, sem que o indivíduo tenha a capacidade de se recompor a tempo de evitá-la. Esse é um fato que pode ocorrer por várias razões, sendo internas como doenças, ou externas: como causas ambientais. As quedas sofridas por indivíduos com mais de 65 anos são mais perigosas por se tratar de uma faixa etária mais fragilizada, e é um acontecimento que leva muitos a imobilidade, trazendo muitos transtornos e gastos, podendo até mesmo levar a morte.

A queda é um momento de desequilíbrio que leva o indivíduo ao chão, podendo ocorrer pelo contato com algumas superfícies ou objetos, como uma cadeira, pisos lisos... Sendo assim, vários podem ser os acometimentos intrínsecos que alteram o organismo levando o indivíduo à queda, como: alterações visuais, alterações do sistema vestibular, musculoesqueléticas e ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Alterações visuais: é caracterizada pelas alterações fisiológicas e das estruturas oculares ocasionadas pelo envelhecimento, afetando sua precisão, Almeida et al. (2012).

O autor acima explica ainda que essas alterações tendem a se manifestar entre os 40 e 50 anos quando surgem os primeiros sintomas como a dificuldade de focar em objetos a curta distância, diminuição da visão periférica, da sensibilidade, discriminação de cores, e de profundidade. Estudos apontam que essas alterações da visão provocam uma instabilidade postural no indivíduo, que é um importante causador de quedas em idosos. Em relação ao sistema vestibular: suas alterações iniciam por volta dos 40 anos, afetando a anatomia e a fisiologia desse sistema, as células receptoras sofrem degeneração levando a diminuição da densidade e hipoplasia. A principal consequência do envelhecimento desse sistema é alteração vestibulo-ocular que resulta no desequilíbrio quando há rotação de tronco e prejudica a marcha levando o indivíduo a queda, além, de causar vertigem.

A ocorrência de alterações musculares, esqueléticas e ósseas, segundo o autor, o sistema muscular no ser humano atinge sua maturidade dos 20 aos 30 anos e a partir dos 30 o músculo perde sua densidade e diminui a quantidade de fibras, dessa forma, ocorre a deposição de gordura e colágeno o que faz com que haja diminuição da força muscular,

também ocorre a diminuição da capacidade de remodelação óssea. Outra característica do envelhecimento é a diminuição da estatura podendo perder até dois cm a cada 10 anos a partir dos 60, tanto homens quanto mulheres, isso ocorre porque os discos intervertebrais perdem a capacidade de absorver água fazendo com que os ligamentos se tornem mais rígidos e mais vulneráveis às lesões, sendo assim, menos preparada para sustentação de peso. Isso afeta diretamente a coluna vertebral que leva o idoso a adquirir uma postura flexora, postura essa bastante propensa a levar a perda de equilíbrio, Almeida et al. (2012)

As alterações cardiovasculares o espessamento das paredes do coração e substituição por colágeno provoca rigidez, que pode influenciar na patogênese de doenças cardiovasculares, essas doenças vão forçar o idoso a fazer uso de medicamentos como anti hipertensivos, vasodilatadores e anticoagulantes, já provado que seu uso por mais de um ano, provoca quedas. Alterações neurológicas: ligada a morte neuronal, que pode ser explicada pelo excesso da deposição e armazenamento de cálcio. Existem ainda distúrbios como doença de Parkinson e Alzheimer e doenças degenerativas que ocasionam muitas quedas nos idosos, pois, causam tremores, dificuldade da manutenção do equilíbrio, Almeida et al. (2012).

Conforme Borges; Marinho Filho; Mascarenhas (2010), com o aumento da longevidade vêm os problemas relacionados às doenças crônico-degenerativas, onde destaca o Acidente Vascular Encefálico (AVE) como predisposição importante ao risco de quedas em ambiente domiciliar e ambientes externos. Sendo ela uma doença de caráter degenerativa e de recidivas, que acarreta muitas mortes e/ou deixa sequelas permanentes levando o indivíduo a ter importantes limitações e dependências. As sequelas neurológicas causam grande espasticidade, deformidades do membro acometido dificultando o idoso em realizar suas atividades do cotidiano, alterando sua biomecânica e o controle postural tornando-os mais instáveis e propensos a quedas. Com o envelhecimento vem também a diminuição da capacidade que o corpo tem de se comportar em situações de retirada frente a um estímulo de instabilidade, sendo um mecanismo de defesa, e com a doença esse quadro se acentua.

O caderno de atenção básica da saúde (BRASIL,2006) aborda alguns riscos que podem levar às quedas como: ausência ou declínio dos reflexos de retirada e proteção, diminuição de massa óssea, levando o indivíduo a ter osteoporose, Parkinson por uso de medicamentos contínuos.

Messias e Neves (2009) afirmam que os fatores extrínsecos são responsáveis por um grande número de quedas, sendo o principal, causas ambientais, e o maior número de incidências ocorre na própria residência.

Os fatores de risco extrínsecos são: má iluminação, pisos escorregadios, subir em cadeiras, ou seja, ações que exigem um bom controle postural. Pesquisa realizada pelo autor descreve que a maior parte das quedas ocorre ao deambular, seguida de descer e/ou subir escadas, mudar de postura e ao tomar banho, Ganança et al. (2006).

Os fatores de risco mais prevalentes são pisos escorregadios, tapetes e objetos em locais de circulação, Oliveira et al. (2014).

De acordo com o caderno de atenção básica (BRASIL, 2006), os fatores extrínsecos estão ligados à interação do idoso e o meio em que ele vive. Os fatores de risco de acordo com o caderno podem ser: pelo calçado ser maior que o pé ou estar desamarrado, roupas muito cumpridas pode fazer com que tropecem, móveis instáveis, entulhos e objetos de difícil alcance entre outros.

3.1 CONSEQUÊNCIAS

Lopes e Dias (2010) diz que a queda na população idosa é mais frequente e tem consequências mais graves, atingindo o indivíduo em todos os aspectos, afetando sua qualidade de vida. As consequências físicas provocam lesões teciduais, fraturas, sendo o fêmur o osso com maior índice de acometimento, com isso, vem à imobilidade, complicações respiratórias, urinárias e até mesmo úlceras de decúbito. A internação também é uma consequência da queda, faz com que o indivíduo torne-se cada vez mais dependente de ajuda para realizar suas tarefas, e como ele vai encarar a situação vai determinar seu nível de melhora, se o mesmo apresentar sinais de medo e insegurança para retornar as tarefas do dia a dia, a chance de uma nova queda, é maior. As consequências funcionais fazem o indivíduo passar a depender parcial ou totalmente de outras pessoas, que o limita ainda mais, perdendo sua independência.

As autoras supracitadas, dizem ainda que também há alterações psicossociais, assunto que deve ser tratado com muito cuidado, pois, ele traz uma série de consequências. O medo de uma nova queda altera o psicológico do idoso, e esse medo, traz sensação de incapacidade, depressão, vergonha das pessoas, isolamento social, sensação de ter perdido o controle da própria vida, e achar que a vida não tem mais sentido, isso tudo, faz com que o idoso se torne cada vez mais dependente da família, diminua a realização das tarefas, causando imobilidade e perda de autonomia, ou seja, tudo contribui para uma recidiva de queda, o que provoca uma comoção e adaptação familiar, que deverá se responsabilizar pelos cuidados a esse idoso, mostrando que as quedas não afetam somente o físico, mas também o

psicológico, emocional e social não só de quem a sofreu, mas também de todos ao seu redor. E todos esses fatores interferem de forma direta na qualidade de vida desses indivíduos.

De acordo com o caderno de atenção básica (BRASIL, 2006), as complicações podem ser: lesões de tecidos ou órgãos, fraturas, internações, longos períodos acamados, doenças associadas por conta da imobilidade e por fim pode levar a óbito.

3.2 PREVENÇÃO

Segundo o caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006), é importante avaliar e relatar o ocorrido, para que seja feita uma abordagem adequada e dessa forma diminuir os riscos já citados, exemplo: identificar pontos críticos e facilitadores; estabelecer qual a melhor forma de intervenção para de riscos; identificar alguma possível patologia que provoque limitações; uso de medicamentos. É necessário promover palestras com orientações para prevenção/recuperação; uso de órteses para auxiliar a caminhada em terrenos irregulares; adaptar prateleiras e móveis deixando os utensílios e produtos acessíveis; orientar a colocação de pisos antiderrapantes, orientar banho sentado no caso de alguma instabilidade postural.

As quedas são produtos de um conjunto de fatores que quando unidos deixam os idosos mais vulneráveis, dentre eles: o déficit de força muscular, a perda de equilíbrio, o déficit cognitivo e a alteração da marcha. Quanto mais rápido forem detectados esses fatores, maiores são as chances de prevenção, e para detectá-los foram desenvolvidos testes para melhor avaliação, são eles: Sentado para de pé; velocidade na marcha; equilíbrio estático, Castro et al. (2015).

3.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Segundo o caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006), a avaliação funcional é primordial não só para avaliar a extensão do comprometimento da funcionalidade, mas, também se o idoso necessitará ou não de auxílio. É Uma forma de avaliar o indivíduo de várias formas e em várias áreas, tem a finalidade de definir se o idoso é ou não capaz de cuidar de si mesmo, se não for capaz, deve-se averiguar se o mesmo precisará de ajuda total ou parcial, e para isso as atividades serão subdivididas em atividades de vida diária (AVD) e atividade instrumental de vida diária (AIVD). As Avd's representam os cuidados do dia a dia que o indivíduo tem consigo mesmo, e se apresentar incapacidade de realizá-las o idoso necessitará de um cuidador. Essas tarefas consistem em: se alimentar, vestir- se, tomar banho,

andar, ir ao banheiro para suas necessidades fisiológicas, se movimentar, ou seja, tarefas simples. Já as Aivd's são tarefas que o idoso realiza de forma social indicando que ele tem condições de manter uma vida independente na comunidade. Sendo essas tarefas: preparar seu alimento, pagar as contas, usar telefone, utilizar algum meio de transporte, cuidar das tarefas domésticas e controlar o uso dos medicamentos.

O caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006) afirma que essa avaliação é realizada através de escalas, a mais utilizada para as Avd's é a escala de *Katz* utilizada para averiguar a funcionalidade do idoso ao executar as tarefas costumeiras como:

- A Independente para todas as atividades;
- B Independente para todas as atividades menos uma;
- C Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional;
- D Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional;
- E Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional;
- F Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional;
- G dependente para todas as atividades.

Outro dependente em pelo menos duas funções, mas que não de classificam e C, D, E e F, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA KATZ

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Nome: _____		Data da avaliação: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro — a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência — a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>	
Alimentação — a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>	

Fonte: caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006)

Se o idoso atingir 6 pontos é considerado independente, se atingir de 4-6 pontos dependência moderada e de 2-4 pontos muito dependente.

O caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006) conforme a figura 2 diz que para avaliar as Aivd's é utilizada a escala de Lawton, sendo ela mais completa e mais

complexa avaliando a vida do idoso em suas atividades em relação a comunidade de forma independente.

Figura 2 – ESCALA DE LAWTON

ESCALA DE LAWTON			
Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos

Fonte: caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006)

Se o paciente atingir 1 ponto- dependência total; 2 pontos- necessita de assistência máxima; 3 pontos assistência moderada; 4 pontos- assistência mínima; 5 pontos- supervisão, estímulo ou preparo; 6 pontos independência moderada; 7 pontos- independência completa.

De acordo com o caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006) Outra escala que também vem sendo bastante utilizada é a Medida de independência funcional (MIF) que

diferente das outras que avaliam somente se há necessidade ou não de ajuda por parte do idoso, ela também ajuda a quantificar o nível de ajuda. Ao avaliar a funcionalidade do idoso é necessário diferenciar capacidade funcional e desempenho. A capacidade funcional avalia a habilidade que ele tem para realizar as atividades. Já o desempenho avalia o que ele faz de fato. Esses termos podem ser exemplificados por um idoso que mora em uma casa com escada, porém a família não o deixa utilizá-la, não por incapacidade, mas, sim por medo de que algo possa acontecer. A avaliação funcional irá determinar se o indivíduo precisa ou não de ajuda, a que nível, os tipos, por quem e como serão realizados de acordo com a figura 3.

Figura 3 – FUNÇÕES AVALIADAS PELA MIF.

FUNÇÕES AVALIADAS PELA MIF			
MIF TOTAL	MIF MOTOR	AUTOCUIDADO	Autocuidados Higiene matinal Banho Vestir-se acima da cintura
		CONTROLE DE ESFINCTERES	Vestir-se abaixo da cintura Uso do vaso sanitário Controle da urina Controle das fezes
		TRANSFERENCIA	Leito, cadeira, cadeira de rodas MIF total Vaso sanitário Chuveiro ou banheira
		LOCOMOÇÃO	Locomoção Escadas
	MIF COGNITIVO	COMUNICAÇÃO	Compreensão Expressão
		COGNIÇÃO SOCIAL	Interação social Resolução de problemas Memória

Fonte: caderno de atenção básica da saúde (BRASIL, 2006)

3.4 ATIVIDADE FÍSICA

A prática de atividades físicas aeróbicas diminui comorbidades advindas do sedentarismo, pois, o idoso se sente mais confiante para realizar suas atividades do cotidiano, trabalhando o cognitivo, a interação social, a melhora do humor, diminuindo o risco de depressão, oferecendo fôlego de vida, construindo dessa forma, para a sua autonomia e independência, trazendo também longevidade e proporcionando ainda uma melhor qualidade de vida do indivíduo, Guimaraes et al. (2004).

Homens e mulheres com histórico de quedas e que praticam atividades físicas estão tão propensos a quedas quanto o grupo de idosos que não tem hábitos de se exercitarem, os autores afirmam ainda em sua pesquisa que o campo de estudo precisa ser mais explorado para averiguar se realmente a prática de atividades físicas na terceira idade diminui o risco de quedas ou não, já que ambos os grupos apresentaram riscos, Streit et al. (2011).

O sedentarismo ainda acomete boa parte do público idoso, por falta de informação de seus benefícios, medo de cair, falta de incentivo de familiares e até mesmo de profissionais da saúde. Cada vez mais o exercício interfere na qualidade de vida do indivíduo, em seu comportamento, sentimentos, saúde física e mental, uma vez que a funcionalidade do corpo e da mente decaem, deixando-os mais frágeis, suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas. Ressaltam ainda alguns benefícios decorrentes da prática regular de exercícios, sendo que: proporciona ao idoso um estilo de vida mais saudável, traz autonomia em suas atividades do dia a dia, diminui o estresse e a ansiedade, e aumenta a capacidade do mesmo na realização de atividades, além de promover o bem-estar, Camboim et al. (2017).

Segundo Jóia, Ruiz e Donalísio (2007), o aumento da parcela de idosos cresce gradativamente devido à baixa taxa de nascimentos, e aumento da longevidade, mas é importante levar em conta como o idoso se comporta durante sua vida, se é de forma feliz, contente consigo mesmo, de bem com a vida, se tem muitas frustrações, levando a qualidade de vida em várias áreas. E essa qualidade de vida é diferenciada para cada indivíduo, pois, cada ser humano passa por situações diferentes durante sua vida, como trabalho, moradia, condições de saúde, perdas e ganhos. A qualidade de vida e o grau de contentamento na terceira idade tem fortes relações de como administra a vida, seja dependente de cuidados ou não, e também ser capaz de tomar suas próprias decisões e poder executá-las.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos revisados, pode-se concluir que as quedas em idosos estão se tornando cada vez mais comuns, pois, estatísticas apontam que as pessoas estão vivendo mais. Em geral, fatores de risco ambientais estão presentes em grande parte das quedas e o local de ocorrência das quedas parece sofrer influência de fatores intrínsecos, uma vez que idosos ativos fisicamente tendem a cair em ambientes externos, enquanto idosos com comprometimento funcional caem dentro do próprio domicílio. Com o aumento da expectativa de vida mais estudos devem focar na caracterização das quedas, bem como no

desenvolvimento de estratégias de prevenção visando sempre o bem estar e a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.T et al. **Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos.** Rev. Assoc. Bras, São Paulo. v.58, n.4, p.427-433, jul/ago, 2012.

BORGES, P.S; MARINHO, L.E.F; MASCARENHAS, C.R.M. **Correlação entre equilíbrio e ambiente domiciliar como risco de quedas em idosos com acidente vascular encefálico.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. V.13, n. 1, p. 41-50, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Para o “**Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**”. Brasília. Serie A. Normas e Manuais técnicos, n.19, 2006. 192p.

CAMBOIM, F.E.F. et al. **Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida.** Revista de Enfermagem. Recife. V.11, n.6, p.2415-2422, jun, 2017.

CANCELA, D.M.G. **O Processo de envelhecimento.** 2015. 15f. Trabalho Realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia, Universidade Lusíada do Porto, Portugal, 2007.

CASTRO, P.M.M.S et al. **Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro. v.18, n. 1, p. 129-140, 2015.

ESQUENAZI, D. et al. **Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos.** Revista Hupe, Rio de Janeiro. V.13, n.2, p.11/20, abr/jun, 2014.

GANANÇA, F.F. et al. **Circunstancias e consequências de quedas em idosos com vestibulopatia crônica.** Revista Brasileira Otorrinolaringologia. v.72, n.3, p. 388-393, mai/jun, 2006.

GUIMARÃES, L.H.C.T. et al. **Comparação da propensão de quedas entre Idosos que praticam atividade física e idosos Sedentários.** Revista Neurociência. v.12, n.2, p. 68-72, abr/jun, 2004.

JOIA, L.C; RUIZ, T; DONALISIO, M.R. **Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos.** Revista Saúde Pública. v.41, n.1, p.131-138, 2007.

KALACHE, A. **Envelhecimento populacional no Brasil: Uma realidade nova.** Caderno de Saúde pública. Rio de Janeiro. V.3, n. 3, p.217-220, jul/set,1987.

LOPES, R.A; DIAS, R.C. **O impacto das quedas na qualidade de vida dos idosos.** ConScientiae Saúde. São Paulo. v.9, n.3, p. 504-509, 2010.

- MESSIAS, M.G; NEVES, R.F. **A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. V.12, n.2, p.275-282, 2009.
- OLIVEIRA, A. C. et al. **Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. V.13, n.2, p.301-312, 2010.
- OLIVEIRA, A.S. et al. **Fatores ambientais e risco de quedas em idosos.** Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. v.17, n.3, p.637-645, 2014.
- SANTOS, M.L.C; ANDRADE, M.C. **incidência de quedas relacionada aos fatores de riscos em idosos Institucionalizados.** Revista Baiana de Saúde Pública. v.29, n.1, p.57-68, jan/jun, 2005.
- SCHNEIDER, R.H; IRIGARAY, T.Q. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.** Estudos de Psicologia. V.25, n.4, p.585-593, out/dez, 2008.
- STREIT, I.A et al. **Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. v. 16, n.4, p. 346-352, 2011.
- VERAS, R. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Revista Saúde Pública.v.43, n.3, p. 548-554, 2009.