

Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional¹

Jack Roberto Silva Fhon²

Suzele Cristina Coelho Fabrício Wehbe³

Thais Ramos Pereira Vendruscolo⁴

Renata Stackfleth⁵

Sueli Marques⁶

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues⁷

Objetivo: determinar a prevalência de quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **Método:** trata-se de estudo epidemiológico transversal de base populacional, com uma amostra por conglomerado de duplo estágio de 240 sujeitos, com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos, residentes em Ribeirão Preto, SP. Os dados foram coletados entre novembro de 2010 e fevereiro de 2011 e utilizaram-se os questionários: perfil social, avaliação de quedas, Medida de Independência Funcional e Escala de Lawton e Brody. Foi adotado o nível de significância de 0,05. Para a identificação da ocorrência das quedas e sua relação com a capacidade funcional, foram utilizadas razão de prevalência e de chances de prevalência e regressão logística múltipla. **Resultados:** a média de idade foi de 73,5 anos ($\pm 8,4$), 25% com 80 anos ou mais, predomínio do sexo feminino; 48,8% estudaram de 1 a 4 anos. Média de 1,33 quedas ($\pm 0,472$); com maior prevalência em mulheres e idosos mais jovens; o local mais frequente foi o quintal e o banheiro. Houve forte correlação entre o nível de independência funcional e as atividades instrumentais com a idade, e não houve relação entre os idosos que sofreram queda e as variáveis sexo e idade. **Conclusão:** houve predomínio de mulheres que sofreram quedas relacionadas à independência funcional, podendo-se prevenir com estratégias de promoção à saúde ao idoso, política essa para oferecer condição de vida à pessoa no processo de envelhecer.

Descritores: Idoso; Acidentes por Quedas; Atividades Cotidianas; Estudos Transversais.

¹ Apoio financeiro do Programa de Estudante-Convênio de Pós-Graduação, CAPES/CNPq.

² MSc, Professor, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener, Peru.

³ PhD, Professor, Centro Universitário Barão de Mauá, Brasil.

⁴ Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁵ Aluna do curso de graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁶ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

⁷ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

Endereço para correspondência:

Jack Roberto Silva Fhon
Universidad Privada Norbert Wiener
Escuela Académico Profesional de Enfermería
Av. Arequipa, 440
Urbanización Santa Beatriz
01 Lima, Peru
E-mail: beto_fhon@hotmail.com

Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity

Aim: This study aimed to determinate the prevalence of falls in the elderly and its relationship with the functional capacity. **Method:** This is an epidemiological and cross-sectional study; a two-stage cluster sample of 240 male and female subjects aged over 60 years was used. Data were collected from November 2010 to February 2011. The following questionnaires were used: socio-demographic profile, assessment of falls, Functional Independence Measure, Lawton and Brody Scale. Significance was set at 0.05. To identify the occurrence of falls and their relation with functional capacity, the prevalence ratio and prevalence odds ratios were used, as well as multiple logistic regression. **Results:** Average age was 73.5 years (± 8.4); 25% 80 years or more, with preponderance of female gender; 48.8% attended school between 1-4 years. The average was 1.33 falls (± 0.472), with prevalence in women and elderly between 60 and 79 years old; the most frequently sites were the backyard and bathroom. Strong correlation between the level of functional independence and instrumental activities and age was found, but no relation between elderly victims of falls and the gender and age variables. **Conclusion:** Women who suffered falls related to functional independence were predominant, which can be prevented through elderly health promotion strategies, a policy that serves to offer living conditions to people in the aging process.

Descriptors: Aged; Accidental Falls; Activities of Daily Living; Cross Sectional Study.

Caídas en mayores y su relación con la capacidad funcional

Objetivo: Determinar la superioridad de caídas en los mayores y su relación con la capacidad funcional. **Método:** Estudio epidemiológico transversal de base de la población, con una muestra por conglomerado de doble cursillo de 240 sujetos, con edad arriba de 60 años, de ambos los sexos, residentes en Ribeirão Preto. Los datos fueron colectados entre noviembre de 2010 y febrero de 2011 y se utilizaron los cuestionarios: perfil social, evaluación de caídas; Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody. Fue adoptado el nivel de significancia de 0,05. Para la identificación de la ocurrencia de las caídas y su relación con la capacidad funcional fueron utilizadas razón de superioridad y de chances de superioridad y regresión logística múltiple. **Resultados:** La media mayores fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), 25% con 80 años o más, predominio del sexo femenino; 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Media 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor superioridad en mujeres y mayores más jóvenes; el local más frecuente fue el patio y el baño. Hubo fuerte correlación entre nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales con la edad y no hubo relación entre los mayores que sufrieron caída y las variables sexo y edad. **Conclusión:** Hubo predominio de mujeres que sufrieron caídas relacionados a la independencia funcional, lo que puede ser prevenido con estrategias de promoción a la salud al mayores, política ésta para ofrecer condición de vida a la persona en el proceso de envejecer.

Descriptores: Adulto Mayor; Accidentes por Caídas; Actividades Cotidianas; Estudios Transversales.

Introdução

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo e no Brasil é um dos desafios políticos, econômicos e sociais diante das novas demandas dessa faixa populacional.

No Brasil, de acordo com estimativas realizadas para 2020, o número de idosos maiores de 60 anos de idade

será de 28,3 milhões e, para 2050, aproximadamente, de 64 milhões, observando-se o crescimento da população dessa faixa etária⁽¹⁾.

Esse panorama remete a grande discussão sobre os eventos incapacitantes e a necessidade de se manter autonomia e independência do idoso, ou seja, manter as

atividades básicas da vida diária e as instrumentais, sendo independente em sua capacidade funcional.

A capacidade funcional é definida como a habilidade de manter as atividades físicas e mentais necessárias ao idoso, o que significa poder viver sem ajuda para as atividades básicas e instrumentais da vida diária⁽²⁻³⁾. Esse comprometimento tem implicações importantes para o idoso, sua família, para a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo, assim, para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Dentre as incapacidades, cita-se a ocorrência de queda em idosos, com destaque em estudos nacionais e internacionais, por ser considerada evento que afeta diretamente a capacidade funcional dos mesmos⁽⁴⁾. Pode ser considerada um tipo de acidente doméstico inesperado não intencional, em que o corpo do indivíduo passa para um nível mais baixo em relação à sua posição original, com a incapacidade de correção em tempo hábil, condicionada a fatores intrínsecos (inerentes ao próprio idoso), e extrínsecos (relacionados ao meio ambiente). É a segunda causa de morte por lesões acidentais e não acidentais⁽⁵⁻⁶⁾.

As consequências das quedas podem ser das mais simples (tipo escoriação), até as mais complexas como restrição de atividades, síndrome do medo de cair, declínio na saúde, o que gera demanda por cuidados de longa duração⁽⁶⁻⁷⁾.

Na revisão da literatura, verifica-se que o tema queda *versus* dependência/independência é pouco discutido na enfermagem, porém, considera-se que o conceito de saúde do idoso está relacionado à capacidade funcional. Assim, por meio da aplicação do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody em idoso, é possível avaliar se a queda pode causar diminuição da capacidade funcional tanto para as atividades básicas da vida diária (ABVD) quanto para as instrumentais da vida diária (AIVD) e, conseqüentemente, perda de sua independência e implicações na autonomia e na qualidade de vida^(4,7-8).

Considerando o aumento da população idosa, o impacto que a queda pode causar na vida do idoso, família e sociedade, e a escassez de estudos sobre esse tema e seus fatores relacionados, no presente estudo o objetivo foi estimar a prevalência de quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. Diante disso, surgem as seguintes questões: quais são as atividades mais afetadas em idosos que sofreram quedas? Qual foi o nível de dependência/independência dos idosos após as quedas?

Este estudo se justifica na medida em que há aumento do número de idosos na sociedade e consenso entre os pesquisadores da área de que, na sociedade, a preservação da capacidade funcional é um dos principais aspectos do conceito de saúde do idoso. Assim, a presente pesquisa contempla amostra significativa de idosos que vivem no domicílio. Além disso, o tema é considerado um dos prioritários na área e, portanto, os dados podem colaborar na educação para a saúde dos idosos, família, equipe de saúde, incluindo o enfermeiro, responsável pelo cuidado integral ao idoso. Nesse processo educativo, a avaliação do idoso, no que se refere à capacidade funcional, cabe ao enfermeiro profissional traçar as estratégias de cuidado para prevenção de quedas. Assim, o objetivo principal deste estudo é estimar a prevalência de quedas e sua relação com a capacidade funcional. Os dados podem contribuir para a elaboração de recomendações de prevenção de quedas e de incapacidades em idosos, salientando que, muitas vezes, essas duas circunstâncias podem ou não ocorrer de forma conjunta. Os resultados podem ainda subsidiar diretrizes que fundamentem a construção de políticas públicas e programas assistenciais de atenção à saúde desse grupo populacional.

Método

Trata-se de pesquisa transversal, realizada na cidade de Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo.

Os critérios de inclusão foram: idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos; residentes em domicílios e que apresentaram escore no Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾. A variável preditiva foi a queda.

A amostra foi determinada por conglomerado em duplo estágio. Para o primeiro estágio, considerou-se como unidade amostral o setor censitário e, para o segundo, o indivíduo acima de 60 anos. Calculou-se amostra composta por 240 indivíduos, o que garante erro máximo de 6,3%, com 95% de probabilidade. Para se chegar ao valor de n=240, planejou-se sortear 20 setores censitários entre os 650 existentes. Foram enumeradas e sorteadas as ruas dos setores selecionados e digitadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), realizando-se novo sorteio dos quarteirões da rua selecionada.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011. Os entrevistadores percorriam o quarteirão selecionado em sentido horário até encontrarem 12 idosos por setor, nas condições de inclusão para a amostra.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: roteiro estruturado com perguntas para caracterizar o perfil social do idoso (sexo, idade, estado civil e anos de estudo), e o

contexto das quedas, elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP). Na mensuração da capacidade funcional e demanda de cuidado utilizou-se a escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), elaborada por Lawton e Brody, e validada para o contexto brasileiro⁽¹⁰⁾. Essa escala tem pontuação de 7 (dependência) até 21 (independência). A Medida de Independência Funcional (MIF), traduzida e validada no Brasil⁽¹¹⁾, tem escore de 18 pontos (dependência total) até 126 pontos (independência completa).

Para a análise dos dados construiu-se uma planilha no programa Microsoft Excel®, na qual os dados foram organizados com dupla digitação e, a seguir, foi realizada a validação. Os dados foram importados no aplicativo SPSS, versão 11.5, para serem realizadas as análises estatísticas descritivas. As variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de tendências centrais (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão) e proporções para variáveis categóricas. Outros testes específicos foram realizados, como teste de comparação das médias entre os grupos de idosos (teste t de Student) e teste de correlação de Pearson entre as medidas de interesse. O nível de significância adotado foi 0,05. Realizaram-se medidas de associação em tabelas de contingência (χ^2 ,

razão de prevalência e razão de chance de prevalência). Para a análise final do desfecho principal, foi empregada a regressão logística múltipla, tendo como desfecho a ocorrência ou não da queda com as seguintes variáveis preditoras: sexo e idade.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP para apreciação e aprovação (Processo nº1169/2010). Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Observa-se que dos 240 idosos entrevistados, 25% pertenciam à faixa etária de 80 anos ou mais, sendo a idade mínima de 60 e a máxima de 94 anos, com média de idade de 73,5 anos e desvio-padrão $\pm 8,4$; 62,9% eram do sexo feminino; no que se refere ao estado conjugal, 57,4% eram casados e 31,3% viúvos; 48,8% frequentaram a escola entre 1 e 4 anos e 14,6% eram analfabetos.

A prevalência de quedas em relação aos últimos seis meses anteriores à entrevista foi de 33,3%; dentre esses, a maioria era do sexo feminino, e eram considerados idosos mais jovens (60 a 79 anos), como é possível observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência de quedas dos idosos que vivem no domicílio, segundo sexo, idosos mais jovens e idosos mais velhos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011 (n=240)

Variáveis	Quedas (sim)		Quedas (não)		Razão de Prevalência	Razão de Chance de Prevalência	p*
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	25	31,25	64	40,0	0,682 (0,386-1,204)	0,771 (0,520-1,143)	0,186
Feminino	55	68,75	96	60,0			
Faixa etária							
Idosos mais jovens	54	67,5	126	78,75	0,560 (0,307-1,023)	0,692 (0,480-0,998)	0,058
Idosos mais velhos	26	32,5	34	21,25			

*p: teste χ^2 . Nível de significância $\alpha=0,05$

A média das quedas por idoso foi de 1,33; a mediana foi de 1,0 e o desviopadrão $\pm 0,472$.

Em relação ao número de quedas, 25% sofreram entre uma e duas, sendo 25,8% do sexo feminino e 23,6% do masculino; 6,3% sofreram entre três e quatro quedas nos últimos seis meses, sendo que, desses, 8,6% eram do sexo feminino e 2,2% do masculino; 2,1% sofreram cinco quedas ou mais, dos quais 2,0% do sexo feminino e 2,2% do masculino.

Verifica-se, na Tabela 2, que os locais mais relatados de ocorrência das quedas foram: no pátio/quintal e banheiro.

A maioria das quedas nos idosos ocorreu da própria altura, seguida por cair da cama, sendo que 12,5% necessitaram de hospitalização. As maiores consequências consistiram em escoriações e, em menor proporção, entorse e luxação.

Tabela 2 - Ocorrência de quedas em idosos que vivem no domicílio, segundo sexo, local da ocorrência, hospitalização, tipo de queda e consequências. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011 (n=80)

Variáveis	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Local						
Pátio/quintal	5	15,6	14	17,5	18	22,5
Cozinha	0	0,0	12	15,0	12	15,0
Hall de entrada	1	3,1	1	1,2	2	2,5
Dormitório/quarto	5	15,6	12	15,0	17	21,3
Sala	2	6,3	5	6,2	7	8,8
Banheiro	6	18,7	12	15,0	18	22,5
Calçada	2	6,3	11	13,8	13	16,3
Rua/avenida	9	28,1	8	10,0	17	21,3
Jardim	0	0,0	3	3,8	3	3,8
Ao subir ou descer de veículos	2	6,3	2	2,5	4	5,0
Hospitalização						
Sim	4	16,0	6	10,9	10	12,5
Não	21	84,0	49	89,1	70	87,5
Tipo						
Cama	3	11,1	6	10,4	9	11,3
Cadeira ou poltrona	2	7,4	1	1,7	3	3,8
Cadeira de banho e/ou vaso sanitário	2	7,4	2	3,5	4	5,0
Própria altura	20	74,1	47	81,0	67	83,8
Escada	0	0,0	1	1,7	1	1,3
Telhado	0	0,0	1	1,7	1	1,3
Consequências						
Escoriações	12	80,0	25	71,5	37	46,3
Ferimentos com ponto	3	20,0	4	11,4	7	8,8
Fratura tipo fechada	0	0,0	4	11,4	4	5,0
Entorse e luxação	0	0,0	2	5,7	2	2,5

Entre os fatores intrínsecos que causaram queda no idoso pode-se destacar: 50%, alteração do equilíbrio; 30%, fraqueza muscular; 28,8%, tontura/vertigem; 25%, dificuldade para caminhar, entre outros. Dentre os fatores extrínsecos prevaleceram: 26,3%, pisos escorregadios; 18,8%, pisos irregulares ou buracos; 11,3%, degrau alto e/ou desnível do piso; 8,8%, objetos no chão; 7,5%, tapetes soltos, entre outros.

A queda pode trazer consequências físicas e/ou psicológicas, dentre as quais se destacaram 67,5% com síndrome do medo de cair novamente; 41,3% apresentaram dificuldades para caminhar; 25%, ansiedade; 15% precisaram de ajuda para as atividades

da vida diária; 12,5%, depressão e 6,3%, perdas no que se refere à tomada de decisões para organizar sua própria vida.

Observa-se, na Tabela 3, que existe correlação entre idade e MIF, indicando que o aumento da idade está correlacionado à diminuição da MIF. As correlações, para a idade, são moderadas e estatisticamente significativas, o que não ocorre com a escolaridade, que não se correlaciona com a MIF, já que $p > 0,05$.

Na Tabela 4, verifica-se que não houve relação entre os idosos que sofreram queda no que se refere às variáveis sexo e idade.

Tabela 3 - Coeficiente de correlação da Medida de Independência Funcional e as Atividades Instrumentais da Vida Diária, com as variáveis idade e escolaridade, nos idosos que sofreram quedas e vivem no domicílio. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011 (n=80)

Variáveis	MIF cognitiva	MIF motora	MIF global	AIVD
Idade*	-0,386	-0,382	-0,319	-0,468
Escolaridade	0,266	0,251	0,238	0,301

* $p < 0,01$. MIF=Medida de Independência Funcional; AIVD=Atividades Instrumentais da Vida Diária

Tabela 4 – Análise de regressão logística, com emprego de modelo saturado, dos idosos que sofreram queda, de acordo com sexo e idade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011

Variáveis	Intervalo de confiança 95%		RCP ajustado	p*
	Limite inferior	Limite superior		
Sexo	0,401	1,306	0,724	0,283
Idade (anos)	0,307	1,144	0,593	0,119

*p<0,05

Discussão

Dados de 2010 referem que a mortalidade em consequência de queda é da ordem de, aproximadamente, 424.000 pessoas no mundo, sendo que cerca de 80% desses óbitos ocorrem em países de baixos e medianos recursos econômicos; além disso, a cada ano, 37,3 milhões de idosos sofrem quedas e precisam de assistência médica⁽¹²⁾.

A prevalência das quedas, na presente investigação, foi de 33,3%, resultado superior aos encontrados em outra pesquisa⁽¹³⁾, em comparação à pesquisa nacional⁽⁴⁾, e internacional⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, em que a prevalência variou de 9,6 a 24,1%.

A epidemiologia das quedas considera, como média na comunidade, 0,7 quedas/pessoa/ano, com intervalo de 0,2-1,6⁽¹⁶⁾, sendo que, nesta pesquisa, se encontrou média superior ao que foi divulgado pela literatura.

A prevalência de quedas ocorreu no sexo feminino e na faixa etária de 60 a 79 anos. Tal resultado pode ser atribuído às múltiplas tarefas que as mulheres realizam no domicílio, levando-as a ter maior propensão para sofrer lesões pelas quedas⁽¹⁶⁾. Entretanto, essa frequência ainda não está clara nas pesquisas, considerando as diferentes metodologias e os distintos instrumentos de avaliação.

Os resultados do presente estudo estão em consonância com os dados do último censo do ano 2010, quando o IBGE contabilizou maior proporção de mulheres, além de registrar aumento da expectativa de vida do brasileiro, sendo maior no sexo feminino⁽¹⁷⁾.

A ocorrência mais frequente de queda foi da própria altura, dados esses também em consonância com outra pesquisa⁽¹⁸⁾. As consequências mais encontradas para esse tipo de queda foram feridas, edemas, hematomas e/ou escoriações e até fraturas^(15,18).

As quedas no idoso estão relacionadas a múltiplos fatores, tais como os intrínsecos, que apresentaram, na presente pesquisa, maior predomínio de ocorrência em relação aos extrínsecos.

Entre os fatores de risco intrínsecos destacam-se: uso de vários medicamentos, comorbidades e problemas decorrentes do próprio processo de envelhecimento. Na velhice, a diminuição da força muscular pode alterar o

equilíbrio da pessoa, causando instabilidade na marcha. Além disso, a presença de doenças agudas e crônicas, como a osteoporose, por exemplo, ainda o consumo de medicamentos, pode alterar o estado cognitivo, aumentando o risco de quedas⁽¹⁹⁾.

Os fatores extrínsecos⁽¹⁹⁾ também são comuns, podendo ser ambientes com pouca luz, tapetes soltos, escadas sem corrimão, pisos escorregadios, inclemência do clima (chuva, pedras, neve, gelo) ou móveis dispostos inadequadamente, propiciando ambientes inseguros e perigosos para o idoso.

Faz-se necessário modificar os ambientes domésticos de forma a minimizar os perigos, além da necessidade de promover a saúde, prevenir doenças e incapacidades do idoso com o objetivo de diminuir os riscos que possam propiciar quedas.

Além das limitações físicas em decorrência da queda, o idoso tem medo de sofrer nova queda. A síndrome do medo de cair é um dos principais problemas de sua saúde e essa condição gera mudanças físicas, funcionais, psicológicas e sociais na vida dessa população, conforme descrito em pesquisa americana⁽²⁰⁾. Além dessas mudanças, em muitos casos, por medo de voltar a cair, os idosos limitam suas atividades cotidianas, como as tarefas do dia a dia, o que os leva à imobilidade, causando até mesmo o isolamento social, a tristeza e a morte.

Em estudo conduzido na Espanha, envolvendo 919 idosos de 65 anos e mais, foi constatado que a prevalência do medo de cair foi de 49,4%, sendo maior no sexo feminino e com idosos acima de 75 anos de idade⁽²¹⁾.

Em investigação sobre a qualidade de vida de idosos que vivem na comunidade e que sofreram quedas, os autores destacaram que 88,5% referiram medo de cair, e, desses, 26,9% relataram mudanças nas atividades básicas da vida diária, 23,1% modificação dos hábitos e 19%, imobilização⁽²²⁾. Os autores ainda salientam que os idosos que sofreram queda experimentaram sentimentos negativos, alterações na concentração, na memória, baixa autoestima e alterações na imagem corporal.

As pesquisas que avaliam a capacidade funcional não reportam uso dos instrumentos como a MIF e as atividades instrumentais da vida diária, em conjunto. Vale destacar que os dados da MIF (MIF motora, MIF cognitiva e MIF

global) e da Escala de Lawton e Brody para as AIVDs, do presente estudo, mostram ter significância estatística ($p < 0,01$) em relação à idade.

A população idosa vem crescendo rapidamente, especialmente aqueles com idade acima de 80 anos. Essa população é a que mais progride em relação à incapacidade funcional, o que demanda maiores cuidados e, assim, custos mais elevados para a sociedade. Tal condição de saúde do idoso mais velho não é medida pela presença ou não de doenças e sim pelo grau de manutenção da capacidade funcional⁽²³⁾. Esse aumento da demanda de cuidado, que a incapacidade funcional pode gerar, requer do profissional que presta assistência ao idoso, em especial os enfermeiros, maior capacitação e preparo para atuar na promoção da saúde, prevenção e reabilitação das doenças crônicas degenerativas, da mesma forma aponta para a necessidade de se formular e estruturar ações de ordem preventiva para aspectos sociais, cognitivos e físicos⁽²⁴⁾.

Ainda em outro estudo de avaliação do Índice de Katz e da Escala de Lawton e Brody, com 73 idosos que vivem na comunidade e que sofreram queda, verificou-se que houve diminuição da capacidade funcional nas atividades instrumentais da vida diária e, conseqüentemente, perda da independência, autonomia e qualidade de vida⁽⁷⁾.

Foi evidenciado que a queda causa diminuição da capacidade funcional dos idosos, tanto para a independência funcional como para as atividades instrumentais da vida diária, tornando-os mais dependentes para o desempenho das mesmas. Verificou-se, ainda, que quanto mais velho o idoso maior será o comprometimento em relação à sua capacidade para realizar suas atividades rotineiras.

Verificou-se que o principal problema no idoso pode ser a perda das habilidades físicas para a realização de diferentes atividades. Dessa forma, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional e autonomia devem ser metas de toda ação de saúde⁽²⁵⁾.

Torna-se evidente, portanto, a necessidade de prevenção de quedas em idosos, considerando que as mesmas podem interferir diretamente em sua capacidade funcional, propiciando também alterações psicológicas em decorrência do comprometimento no que diz respeito à realização de suas atividades.

Conclusões

A prevalência de quedas no estudo foi de 33,3%. Durante a avaliação da independência funcional com o instrumento da MIF (MIF motora, MIF cognitiva e MIF global), assim como na Escala de Lawton e Brody, foi verificada correlação entre os idosos que sofreram queda

e a variável idade, bem como identificadas mudanças significativas no nível de independência para a realização das atividades da vida diária.

A principal meta em gerontologia, no cuidado aos idosos, é a manutenção da independência e autonomia para suas atividades básicas da vida diária, o que pode estar diretamente relacionado à qualidade de vida.

Saber se a queda pode interferir na capacidade funcional dos idosos e como isso ocorre, ou seja, que a mesma pode modificar a maneira como eles desenvolvem suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, pode ser fator preditivo para a qualidade de vida dessa população. Pode indicar, ainda, o quanto essa pessoa, após a queda, passa a necessitar de ajuda para suas atividades, identificando ainda qual idoso tem ou não condições de morar só.

As informações contidas nestes achados são de grande importância para melhor compreensão desse fenômeno, alertando profissionais que trabalham com idosos e dirigentes governamentais sobre a necessidade de mais atenção às medidas preventivas para quedas ou, ainda, no sentido de capacitá-los a prestar cuidados específicos para esses idosos, minimizando as conseqüências de quedas.

Ao tratar uma conseqüência decorrente da queda, o profissional precisa direcionar seu olhar não apenas para as sequelas físicas, mas, também, entre outras, para o quanto a queda pode interferir nas atividades cotidianas do idoso. É preciso avaliar, a partir do primeiro atendimento, a dimensão do evento, o quanto ele interferiu e pode interferir na capacidade funcional da pessoa. Quanto mais precocemente forem tratadas as incapacidades em decorrência da queda, as complicações mais graves podem ser prevenidas. A manutenção da capacidade funcional do idoso está diretamente relacionada à sua capacidade de se ocupar com atividades agradáveis, até em idade mais avançada, prolongando, pelo maior tempo possível, sua autonomia e independência.

Finalmente, um importante fator a ser destacado, e que faz parte de proposta para estudos posteriores, é a necessidade de investimento em mais estudos que apliquem medidas preventivas a essa população e quantifiquem se as mesmas foram realmente eficazes para a prevenção de quedas, considerando que o conceito de saúde do idoso também está orientado pelo paradigma do conceito de capacidade funcional.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009.

- [acesso 7 jul 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf.
2. Silva MJ, Lopes MVO, Araujo MFM, Morales GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades da vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):201-6.
 3. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):409-15.
 4. Fabrício, S.C.C., Rodrigues, R.A.P.; Costa, M.L.J.. Falls among older adults seen at a São Paulo State public hospital: causes and consequences. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):93-9.
 5. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):391-404.
 6. Organización Mundial de Salud (OMS). Caídas, nota descriptiva n 344. 2010. [acesso 24 fev 2011] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
 7. Jahana KO, Diogo MJDE. Quedas em idosos: principais causas e conseqüências. *Cienc Saúde Colet.* 2007;4(17):148-53.
 8. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall an reason for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist.* 2006;46(3):367-76.
 9. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
 10. Santos RL, Virtuoso Jr JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS.* 2008;21(4):290-6.
 11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Potiguara P, Pinto N. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-6.
 12. Organización Mundial de Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2010. [acesso 24 fev 2011]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/es/
 13. Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(2):311-7.
 14. Shin KR, Kang Y, Hwang EH, Jung D. The prevalence, characteristics and correlates of falls in Korean community-dwelling older adults. *Int Nurs Rev.* 2009;56(3):387-92.
 15. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age Ageing.* 2009;38(4):423-8.
 16. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med.* 2002;18(2):141-58.
 17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo demográfico 2010. [acesso 2 jun 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
 18. Gonzáles CG, Marín LPP, Pereira ZG. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Rev Méd Chile.* 2001;129(9):1021-30.
 19. Czerwinski E, Kimorek A, Milert A, Borowy P. Causes of falls in women in Krakow population. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2008;10(5):429-40.
 20. Scheffer AC, Shuurmans MJ, Dijk NV, Hooft TVD, Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older people. *Age Ageing.* 2008;37(1):19-24.
 21. Martínez IP, Bravo BN, Pretel FA, Muñoz JND, Molina RPE, Hidalgo JL. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit.* 2010;24(6):453-9.
 22. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1264-73.
 23. Bonardi G, Souza VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: Um desafio para os profissionais de saúde. *Sci Med.* 2007;17(3):138-44.
 24. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet].* set.-out 2011 [acesso 07 ago 2012];19(5):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf.
 25. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006 (BR). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006

Recebido: 25.1.2012

Aceito: 20.8.2012

Como citar este artigo:

Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet].* set.-out. 2012 [acesso em: _____];20(5):[08 telas]. Disponível em: _____

URL

dia | ano
mês abreviado com ponto