

Causas e Conseqüências de Queda em Idosos Atendidos em Urgência e Emergência.¹

Causas Y Conseqüências de La caída em pacientes ancianos de urgencia y emergencia.

Causes and cosequences of falling in elerly patients from urgecy and emergency.

Silva Morais Aparecida Edna, Barcelos Candido Renata; Nunes Silva Maria Werlane²; Brasileiro Marislei Espíndula³. Causas e Conseqüências de Queda em Idosos Atendidos em Urgência E Emergência, através de análise de estudo exploratório de revisão literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [*serial on-line*] 2010 jan-jul 1(1) 1-16. Available from: [http://www.ceen.com.br/revista eletronica](http://www.ceen.com.br/revista_eletronica).

Resumo

Objetivo: O estudo tem como objetivo investigar a causas e conseqüências de quedas em idosos e seus fatores relacionados atendidos em urgência e emergência. Materiais e métodos: através de análise de estudo exploratório de revisão literatura. Resultados: Dentre os fatores mais recorrentes destacaram-se a polifarmácia e função neuromuscular. Mostrou que as drogas como sedativos/ansiolíticos, antidepressivos e agentes cardiovasculares (tais como diuréticos, anti-hipertensivos, cardiotônicos) podem levar diretamente a quedas, por causarem hipotensão postural, sedação excessiva e diminuição no tempo de reação, dificuldades no equilíbrio e no caminhar, arritmias e danos a um estado de alerta cognitivo³. De modo geral, o estudo mostrou que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas conseqüências, às vezes irreparáveis. Portanto, a abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. Assim, o profissional de saúde deve realizar uma anamnese bem detalhada, direcionada às causas da queda. Neste momento, saber se é a primeira queda ou não pode direcionar a avaliação. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos (fatores ambientais, vestimenta) e intrínsecos (doenças, uso de polifármacos) faz-se importante. Esta avaliação poderá evitar quedas posteriores, assim como permitira um melhor entendimento da queda¹⁰. Tal assertiva mostra que qualquer que seja a causa da queda em idoso, a intervenção rápida e eficaz contribui para a diminuição do sofrimento e a melhoria da qualidade deste paciente. Conclusão: Discorre-se causas e conseqüências de queda em idosos, considerando-se que as unidades de emergência em todo o Brasil registram diariamente ocorrências de pessoas idosas acometidas por algum tipo de queda, sendo as mesmas causadas por múltiplos fatores agrupadas em intrínsecos e extrínsecos. Com o intuito

¹ Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria, do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição/Universidade Católica de Goiás.

² Enfermeiros, especialistas em Enfermagem do Trabalho, e-mail: ednamoraiss@hotmail.com, lisandrilins@hotmail.com, werlainenunes@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem, docente do CEEN, e-mail: marislei@cultura.trd.br

de conhecer quais são as causas mais recorrentes, foi realizado um estudo exploratório de revisão de literatura tendo como referência a plataforma Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SCIELO aonde foi possível pesquisar os conceitos do tema proposto, bem como coletar os dados em artigos de autores que já realizaram estudos nesta área. Os resultados mostram que dentre os fatores desencadeadores de queda em idosos como: função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, presença de ambiente físico inadequado, polifarmácia e prejuízos psicocognitivos, os fatores que apresentam mais pontos em comum são: função neuromuscular prejudicada e polifarmácia.

Descritores: idosos, quedas, atendimento de enfermagem

Abstract

Objective: The study aims to investigate the causes and consequences of falls in the elderly and related factors treated in emergency rooms. Materials and methods: through analysis of study exploratory revisionary literature. Results: Among the most common factors stood out polypharmacy and neuromuscular function. Showed that drugs such as sedatives / anxiolytics, antidepressants and cardiovascular agents (such as diuretics, antihypertensive, cardiotonic) can directly lead to falls, to cause postural hypotension, excessive sedation and decreased reaction time, difficulty in balancing and walking arrhythmias and damage to a state of alert cognitive³. Overall, the study showed that the fall is a real event in the lives of older people and brings them many consequences, sometimes irreparable. Therefore, the approach to the elderly who fell should include a comprehensive assessment and comprehensive. Thus, the health professional should perform a very detailed history, directed to the causes of the fall. At this point, whether it is the first fall or may not direct the evaluation. Refine involvement to extrinsic factors (environmental factors, clothing) and intrinsic (diseases, polypharmacy) it is important. This assessment can prevent falls later, and allowed a better understanding of queda¹⁰. Tal assertion shows that whatever the cause of the decline in the elderly, to intervene quickly and effectively contributes to reducing suffering and improving the quality of this patient. Conclusion: This essay is causes and consequences of falls in older adults, considering that the emergency units throughout Brazil record daily occurrences of elderly people suffer from some type of fall, the same being caused by multiple factors grouped into intrinsic and extrinsic . In order to know what the causes are more likely, a study was conducted exploratory literature review with reference to the platform Latin American and Caribbean Health Sciences, SCIELO where it was possible to research the concepts of the subject and how to collect data on articles from authors who have conducted studies in this area. The results show that among the factors triggering the fall in the elderly as impaired neuromuscular function, presence of chronic diseases, the physical presence of inappropriate

polypharmacy and losses psicocognitivos, factors that have more in common are: impaired neuromuscular function and polypharmacy.

Resumen

Objetivo: El estudio tiene como objetivo investigar las causas y consecuencias de las caídas en los ancianos y de los factores tratados en salas de emergencia. Materiales y métodos: mediante el análisis de la literatura revisionista exploratorio estudio. Resultados: Entre los factores más comunes estaban fuera polifarmacia y la función neuromuscular. Demostró que los fármacos como sedantes / ansiolíticos, antidepresivos y medicamentos cardiovasculares (como los diuréticos, antihipertensivos, cardiotónicos) puede conducir directamente a las caídas, de causar hipotensión postural, sedación excesiva y la disminución de tiempo de reacción, dificultad en el equilibrio y caminar arritmias y daño a un estado de alerta cognitivo³. De general, el estudio mostró que la caída es un hecho real en las vidas de las personas mayores y les trae muchas consecuencias, a veces irreparables. Por lo tanto, el enfoque a los ancianos que cayeron debe incluir una evaluación completa y exhaustiva. Así, el profesional de salud debe realizar una historia muy detallada, dirigida a las causas de la caída. En este punto, si se trata de la primera caída o no puede dirigir la evaluación. Acotar la participación de factores extrínsecos (factores ambientales, prendas de vestir) e intrínsecos (enfermedades, polifarmacia), es importante. Esta evaluación puede prevenir las caídas más tarde, y permitió una mejor comprensión de la muestra la afirmación de que queda¹⁰. Tal cualquiera sea la causa de la disminución en los ancianos, para intervenir de forma rápida y eficaz contribuye a reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de este paciente. Conclusión: Este ensayo es causas y consecuencias de las caídas en adultos mayores, considerando que las unidades de emergencia en todo el Brasil ocurrencias de los registros diarios de las personas mayores sufren de algún tipo de caída, el mismo ser causada por múltiples factores, agrupados en intrínsecos y extrínsecos . A fin de conocer cuáles son las causas más probables, se realizó un estudio exploratorio revisión de la literatura en relación con la plataforma de América Latina y del Caribe en Ciencias de la Salud, SCIELO donde era posible a la investigación de los conceptos de la materia y cómo recoger los datos sobre los artículos de autores que han llevado a cabo estudios en este ámbito. Los resultados muestran que entre los factores desencadenantes de la caída en el anciano como la función neuromuscular alterada, la presencia de enfermedades crónicas, la presencia física de la polimedicación inapropiada y psicocognitivos las pérdidas, los factores que tienen más en común son: alteración de la función neuromuscular y polifarmacia.

1 Introdução

A atuação em urgência e emergência permite-nos verificar a grande incidência de idosos que procuram esse serviço, devido a vulnerabilidade que os envolvem e faz com que se tornem pacientes frequentes ao setor de trauma.

O processo de envelhecimento é uma realidade ao qual o idoso encontra-se em processo de alterações fisiológicas, patológicas e efeitos diversos de medicações. As causas que provocam as quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os fatores intrínsecos, destacam-se os perigos ambientais e calçados inadequados.

A queda é um evento comum para a maioria das pessoas idosas e pode ter consequências desastrosas. Fatores como idade avançada, presença de doenças crônicas e a imobilidade são fortes indicadores de risco para quedas, sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas e história prévia de quedas com prejuízos psicocognitivos, polifarmacêuticos e uso de benzodiazepínicos, ambiente físico inadequado, incapacidade funcional e hipotensão contribuem para o aumento do número de queda nesta faixa etária.

O risco de cair pode crescer com o acúmulo desses fatores sugerindo que as quedas sejam resultado de um efeito acumulado de múltiplas debilidades. A morbidade relacionada às quedas tem várias implicações, além das fraturas. Podem causar prejuízos físicos e psicológicos. O acolhimento do paciente idoso é realizado pelo enfermeiro emergencista, o qual tem a função de prestar os primeiros atendimentos, sendo de fundamental importância a atuação deste profissional no acompanhamento e cuidados destes pacientes.

Para entender as causas mais recorrentes das quedas em idosos, o presente estudo discorre o tema em questão e em seguida, apresenta os resultados de uma pesquisa realizada em artigos já publicados sobre este assunto.

2 Objetivo

O estudo tem como objetivo investigar as causas e consequências de quedas em idosos e seus fatores relacionados atendidos em urgência e emergência.

3 Materiais e Método

O referente trabalho trata-se de um estudo exploratório de revisão de literatura. Essa estratégia abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses. Com intuito de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito¹.

Esse trabalho foi desenvolvido na plataforma Literatura Latino-Americana e do Caribe

em Ciências da Saúde, SCIELO - Scientific Electronic Library Online onde se fez um levantamento bibliográfico da literatura já publicada entre o intervalo de 2000 a 2010. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso ². Para a localização dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: idosos, quedas, atendimento de enfermagem. Foram analisados e fichados os textos que estavam na íntegra no idioma português num total de 34 artigos os quais 06 foram submetidos à análise.

Dentre os vários fatores desencadeadores de quedas em idosos como: idade avançada, sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, história prévia de quedas, prejuízos psicocognitivos, polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, presença de ambiente físico inadequado, incapacidade funcional e hipotensão postural, foram analisados quatro: função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, presença de ambiente físico inadequado e polifarmácia.

Quanto a função neuromuscular que por consequência gera o desequilíbrio, dos seis artigos, quatro estão em consenso que envelhecimento traz perda de equilíbrio entre outras alterações aumentando as quedas, conforme é possível verificar nas falas abaixo:

1. O envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, aumentando as quedas. Uma das formas de minimizar essa perda decorrente do envelhecimento é a prática de atividades físicas³.

2. O envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, bem como diminui a capacidade de modificações dos reflexos adaptativos⁴.

3. Comumente, as quedas acontecem com os idosos devido a alterações decorrentes do próprio envelhecimento como instabilidade postural, marcha arrastada, passos curtos com pernas separadas, diminuição dos reflexos, dificultando os movimentos instantâneos, além de alterações visuais e auditivas⁵.

4. A estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parece predispor à queda⁶.

No que concerne a doenças crônicas, dois dos artigos pesquisados apontam esta causa como desencadeador de quedas em idosos, conforme exposto a seguir:

1. A hipertensão arterial sistêmica é a doença crônica mais comum entre os idosos, sendo que sua prevalência aumenta progressivamente com a idade e consiste no principal

fator de risco para os acidentes vasculares cerebrais. Alguns estudos na literatura apontam a história pregressa de acidente vascular. Possivelmente pelas consequências deste evento, a hemiplegia ou paresia da extremidade inferior afeta a marcha do indivíduo, que assume uma posição ereta instável com comprometimento da base de apoio e com tendência a cair para frente, do lado enfraquecido. Também, o aparecimento de disfunção visual e lesão espacial-visual em seguida ao "derrame" são bastante comuns e podem influenciar o equilíbrio do idoso e a mobilidade segura⁷.

2. As doenças articulares são frequentes na população idosa e que contribuem para redução da capacidade física, ocasionando dor, influenciando no equilíbrio ou controle postural, favorecendo a ocorrência de quedas⁸.

3. A percepção subjetiva de visão mostrou-se mais forte e independente no modelo preditivo tanto de quedas quanto de quedas recorrentes. Isto pode estar relacionado ao fato de que o impacto da limitação visual sobre o desempenho dos idosos no cotidiano é mais importante do que simplesmente a presença de doenças relacionadas ao sistema visual, como a catarata⁹.

O fator ambiente físico inadequado foi verificado em três artigos que mostram as consequências danosas de um ambiente inadequado a pessoa idosa.

1. Idosos tendem a sofrer mais quedas em seus lares e nos cômodos mais utilizados. O menor número de quedas fora destes ambientes pode ocorrer em razão da menor socialização dos idosos⁸.

2. Geralmente, problemas com ambiente são causados por eventos ocasionais que trazem risco aos idosos, principalmente àquele que já apresenta alguma deficiência de equilíbrio e marcha. Devem ser consideradas situações que propiciem escorregar, tropeçar, pisar em falso, trombar (em objetos ou pessoas e animais) Os problemas com o ambiente serão mais perigosos quanto maior for o grau de vulnerabilidade do idoso e a instabilidade que este problema poderá causar. Geralmente, idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras) e sim em atividades rotineiras¹⁰.

3. Idosos viúvos, solteiros e divorciados ou desquitados tendem, com maior frequência, a morar só ou em domicílios de uma geração, sendo incumbidos de tarefas que, associadas à instabilidade funcional, podem gerar situações de risco para quedas⁹. Em relação ao uso de vários fármacos também denominado polifarmácia foi verificado em seis artigos.

1. Os benzodiazepínicos, neurolépticos, antidepressivos e a polimedicação estão associados ao risco aumentado de quedas. Estudo no Brasil também mostrou prevalência de quedas associada com maior número de medicações referidas para uso contínuo¹¹.

2. As causas das quedas são multifacetadas, incluindo fatores intrínsecos, comportamentais e ambientais, sendo que a probabilidade para ocorrência de queda aumenta à medida que se acumulam os fatores de risco ¹².

3. O uso de medicamentos, um outro fator intrínseco muito freqüente entre idosos¹³.

4. Benzodiazepínicos têm sido associados a um aumento no risco de quedas e fraturas em diversos estudos individuais. O aumento no risco de quedas e fraturas entre idosos usuários de benzodiazepínicos tem sido atribuído a duas propriedades desses medicamentos: atividade sedativa e bloqueio adrenérgico ¹⁴.

5. As drogas bloqueadoras de canal de cálcio como o verapamil, a nifedipina (ambas muito utilizadas entre idosos deste estudo), apresentam um efeito cardíaco inotrópico negativo, que é normalmente compensado através de um aumento da estimulação adrenérgica cardíaca para compensar a hipotensão. Em indivíduos idosos, esse reflexo costuma estar reduzido, o que pode levar ao maior risco de hipotensão, aumentando o risco de quedas¹⁵.

6. Essas quedas, que ocorrem habitualmente no ambiente doméstico, têm vários fatores associados e predisponentes, sendo os mais frequentes os distúrbios neurológicos diversos, o uso de medicamentos que atuam sobre o psiquismo e que podem afetar o equilíbrio, o maior déficit muscular e a presença de artropatias e deficiências variadas decorrentes de diferentes doenças que podem estar presentes¹⁶.

Os resultados mostram que a prevalência de quedas encontradas foram função neuromuscular e polifarmácia, sendo estes fatores os mais frequentes nos artigos pesquisados.

Diante dos resultados é importante mencionar que mais chama a atenção para o fato de que as quedas possam ser marcadores para surgimento de outros problemas, não podendo, portanto, ser vista de forma independente ou isolada, mas sim, como um sintoma que deve ser sempre investigado⁴.

Do exposto, nota-se a importância do profissional da enfermagem se atentar para os diversos motivos causadores de queda em idosos em unidades de emergência, considerando seu grau de comprometimento e buscando o tratamento que esteja de acordo para cada particularidade.

4 Resultados e Discussão

4.1 Processo de envelhecimento

Ao definir envelhecimento¹⁷, afirma que a classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, embora a mesma tenha sido adotada de forma

massiva e quase como exclusiva nas discussões sobre o envelhecimento. Segundo o autor "é fundamental também levar em conta as idades biológica, social e psicológica que não coincidem necessariamente com a cronológica. Portanto, a diferença entre as mesmas é importante, a fim de que se possa compreender melhor as múltiplas dimensões da velhice".

Ao discorrer sobre idade cronológica pontua que "cronologicamente, devemos considerar antes de tudo que os calendários são diversificados e a idade cronológica é adotada de maneira também distinta, conforme a sociedade considerada" ¹⁸.

No caso brasileiro considera-se o corte definido pela Organização Mundial de Saúde-OMS para os países subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento, isto é, a partir de 60 anos a pessoa é reconhecida como idosa "Assim, quando se refere ao velho em solo brasileiro, inclui-se na contagem aquelas pessoas que atingiram essa idade, porém não se pode e nem se deve esquecer que a velhice possui diversas faces, sobretudo numa sociedade como a brasileira marcada pela desigualdade social, onde há uma exorbitante concentração de renda e conseqüentemente um alto índice de pobreza" ¹⁷.

Em relação à idade biológica, relacionada aos aspectos ligados às modificações físicas e biológicas, pode ocorrer de forma diferenciada entre os indivíduos de uma mesma sociedade. Desta forma, Aragó adverte que "não se pode centrar nesta faceta biológica a noção de senectude, apesar do declive biológico ser real e em certa medida irreversível, considerando que em momento algum o crescimento psicológico do indivíduo deva cessar.. Assim, o fator biológico terá maior ou menor peso conforme seja a personalidade do indivíduo" ¹⁸.

A idade social, conforme Mishara/Riedel, designa papéis que se pode, se deve, se pretende e se deseja que venham a desempenhar na sociedade. Determinados papéis sociais podem entrar em conflito com aspectos arbitrários da idade cronológica. Para estes autores, "Este conflito entre as idades social, psicológica e cronológica constitui uma forma de dissonância, sobretudo quanto se faz referência ao item isolamento social do idoso, podendo ser ocasionado muitas vezes, por exemplo, pela aposentadoria ou morte de parentes, antecipando assim a morte social frente à biológica" ¹⁸.

"A reflexão sobre as idades faz-se necessária para que o envelhecer seja percebido nos seus mais diversos aspectos. Cada uma dessas idades apresenta pontos de relevância significativa diferenciada e complementam uma a outra" ¹⁷.

4.2 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea "Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, mas, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem

ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho”¹⁹.

Conforme os autores paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais freqüentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

“O processo de envelhecimento da população mundial tem as suas origens enraizadas nas transformações socioeconômicas vividas pelas nações desenvolvidas no século passado, e que, no entanto, só produziram modificações significativas nas suas variáveis demográficas na virada no século XX”²⁰.

A exemplo da realidade de outros países, no Brasil, a queda da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultaram, nos últimos 30 anos, no aumento absoluto e relativo da população idosa “No ano 2020, seus habitantes com 60 anos ou mais irão compor um contingente estimado de 32 milhões de pessoas. O crescimento desse segmento populacional situará o Brasil na sexta posição entre os países com maiores índices de envelhecimento humano”²¹.

A população de pacientes idosos encontra-se em constante ascensão em todos os países. Nos Estados Unidos, a população maior que 65 anos aumentou de 12 milhões (8%) em 1950 para 36 milhões (12%) em 2002. A população acima dos 85 anos apresentou um significativo aumento e estima-se que, em 2020, alcance 7 milhões e, em 2040, 14 milhões de americanos²².

Ressalta-se que no Brasil, recente revisão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que, em 2000, 30% dos brasileiros pertenciam à faixa etária de zero a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% da população. Em projeção para 2050, esses dois grupos etários se igualarão: cada um deles representará 18% da população brasileira²³.

Pontua que o rápido crescimento da população de idosos, no Brasil, causa importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. Contudo, pontua o autor,

a infra-estrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário, quanto a instalações, programas específicos e recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente, ainda é precária³.

Outro aspecto observado pelos autores é que "as transformações demográficas, do Brasil tem mostrado alterações relevantes no seu quadro de morbi-mortalidade, conhecidas como transição epidemiológica, fazendo com que as doenças crônico-degenerativas ocupem hoje as principais posições de ocorrência de doenças e causas de mortalidade".

Os estudos mostram que com frequência, outras profundas transformações ocorrem em uma sociedade simultaneamente a rápidas mudanças demográficas. Segundo eles, "não só um processo de envelhecimento prematuro está ocorrendo em vários países menos desenvolvidos, como também transformações culturais e sociais imensas estão em curso"²⁰.

Tal realidade exige a preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda³.

4.3 Custos do envelhecimento

Como parte da crise global do sistema de saúde, a assistência ao idoso apresenta um importante estrangulamento, que é a demanda altamente reprimida por atendimentos ambulatoriais especializados, criando uma dificuldade crescente na correta identificação de idosos com risco de adoecer e morrer precocemente. Segundo o autor, a esse fato "deve ser acrescido o pequeno número de profissionais de saúde habilitados a tratar de idosos, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem adequada desse paciente"²⁴.

A maioria das instituições brasileiras de ensino da área de saúde ainda não despertou para o atual processo de transição demográfica e epidemiológica e suas conseqüências médico-sociais, não oferecendo conteúdo gerontológico adequado em seus cursos de graduação. Com isso, amplia-se a carência de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão desse grupo populacional nas próximas décadas²⁴.

No entendimento o sistema de saúde não está estruturado para atender à demanda crescente desse segmento etário. Os autores ressaltam que "é sabido que os idosos consomem mais dos serviços de saúde, suas taxas de internação são bem mais elevadas e o tempo médio de ocupação do leito é muito maior quando comparados a qualquer outro grupo etário"²⁵.

A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado, no hospital, aumentando os custos e diminuindo as chances de prognóstico favorável. Em outras palavras, consomem-se mais recursos do que seria preciso,

elevam-se os custos, sem que necessariamente se obtenham os resultados esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida²⁶.

4.4 Queda em idoso

Define-se queda como um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade²⁷.

Autores ressaltam que a estabilidade do corpo depende da recepção adequada de informações através de componentes sensoriais, cognitivos, do sistema nervoso central e musculoesquelético de forma integrada. O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio-ambiente inadequado parece predispor à queda²⁷.

Entre os vários fatores que contribuem para o agravamento de saúde em idosos estão as quedas "Aquedas, que constituem a primeira causa de acidentes em pessoas com mais de 60 anos"²⁸.

As causas que provocam as quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos e extrínsecos. Segundo eles, entre os primeiros, encontram-se as alterações fisiológicas pelas quais o idoso passa condições patológicas e efeitos adversos de medicações; ou uso concomitante de medicamentos²⁹.

Os fatores extrínsecos, destacam-se os perigos ambientais e calçados inadequados, sendo que a maioria das quedas apresentadas pelos idosos resulta de uma interação complexa entre estes fatores, comprometendo os sistemas envolvidos com a manutenção do equilíbrio³⁰.

O envelhecimento compromete a habilidade do sistema nervoso central em realizar o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, bem como diminui a capacidade de modificações dos reflexos adaptativos⁴.

As pessoas envelhecidas, mesmo as que não possuem doenças, debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida⁵.

O processo de envelhecimento afeta os componentes do controle postural, sendo difícil diferenciar os efeitos da idade daqueles causados pelas doenças e estilo de vida. Contudo, independente da causa, o acúmulo de alterações no equilíbrio corporal diminui a capacidade compensatória do indivíduo, aumentando sua instabilidade e, conseqüentemente, seu risco de cair.

As quedas entre os idosos representam importante problema de saúde pública e muitos estudos têm chamado a atenção para o problema e buscado esclarecer os fatores de risco e suas consequências⁵.

As quedas apresentam diversos impactos na vida de um idoso, que podem incluir morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde. Além das consequências diretas da queda, os idosos restringem suas atividades devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde⁶.

Ressalta que as quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Segundo os autores, tais fatores geram não apenas prejuízo físico e psicológico, mas também aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados, e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações³¹.

As consequências e os custos envolvidos com as quedas em idosos são relevantes tanto para o indivíduo, em termos dos traumas físicos e psicológicos, da perda de independência e até mesmo do risco de morte, quanto para os serviços de saúde, em termos de utilização de recursos e ocupação de leitos hospitalares. Para este autor o custo dessas quedas torna-se expressivo e maior quando o idoso é dependente ou passa a necessitar de institucionalização²⁷.

As quedas contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade entre os idosos, no entanto, elas são passíveis de prevenção; o que deve ser iniciado pela avaliação do idoso e do seu ambiente quanto aos fatores que predispõe as quedas; o que permitirá o desenvolvimento de estratégias de prevenção, as quais são consideradas potencialmente úteis (Reduzir o risco de quedas é uma forma de minimizar os custos com a assistência ao idoso, e se torna possível à medida que os fatores determinantes das quedas são identificados. Alguns estudos apontam como preditores o sexo feminino, a raça branca, a presença de doenças crônicas, o uso de medicamentos, o déficit de equilíbrio³².

A prevenção é importante no sentido de minimizar problemas secundários decorrente de quedas. Estudos têm mostrado que é possível diminuir a ocorrência de quedas com cuidados simples como: a) promoção da saúde e prevenção de quedas; b) revisão das medicações; c) modificações nos domicílios; d) promoção da segurança no domicílio; e) promoção da segurança fora do domicílio. Intervenções multidisciplinares podem auxiliar no processo de prevenção de quedas no âmbito populacional²⁵.

4.5 Unidades de emergência

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididas em pronto atendimento, pronto socorro e emergência³³.

O Ministério da Saúde define unidade e emergência a partir das seguintes classificações: *pronto atendimento* como a unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato; *pronto socorro* é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante às 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação; e *emergência*, como sendo a unidade destinada a assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos a saúde necessitam de atendimento imediato³⁴.

Para a organização de um serviço de emergência eficiente e eficaz duas figuras são imprescindíveis, são elas: o diretor e o coordenador do serviço de trauma, sendo que geralmente o primeiro é um médico e o cargo de coordenador deve ser ocupado por enfermeiro dotado de extenso conhecimento dos aspectos que envolvem o cuidado do paciente com trauma³⁵.

O atendimento de emergência deve ser contextualizado ao modelo assistencial de saúde. Em geral, esses serviços não estão amparados por um sistema integrado de informações da rede ambulatorial e os registros produzidos nos pronto atendimentos não estão disponíveis para a continuidade da assistência⁴. Além da constatação da pouca conexão entre o atendimento prestado na emergência e o atendimento possível na rede, existe uma dificuldade de absorção pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência, principalmente da urgência clínica³⁶.

A Associação Americana de Enfermagem (ANA) estabeleceu os "Padrões da Prática de Enfermagem em Emergência" em 1983, tendo como referência padrões definidos classificando os enfermeiros de emergência em três níveis de competência: o primeiro nível requer competência mínima para o enfermeiro prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo nível este profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra hospitalar³⁷.

O enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter "conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente³⁸.

6 Considerações finais

O estudo mostra a frequência de queda em idosos em unidade de urgência e emergência, sendo que estas podem ocorrer por vários motivos de ordem intrínseca e extrínseca. Destacou-se os fatores ambientais inadequados responsáveis estando presentes principalmente em idosos que moram sozinhos, as doenças crônicas como hipertensão, doenças neuro degenerativas que se refletem sobre o equilíbrio do idoso entre outros.

Dentre os fatores mais recorrentes destacaram-se a polifarmácia e função neuromuscular. As drogas como sedativos/ansiolíticos, antidepressivos e agentes cardiovasculares (tais como diuréticos, anti-hipertensivos, cardiotônicos) podem levar diretamente a quedas, por causarem hipotensão postural, sedação excessiva e diminuição no tempo de reação, dificuldades no equilíbrio e no caminhar, arritmias e danos a um estado de alerta cognitivo³.

Quanto a função neuromuscular é relevante a observação que afirma entre outros que o envelhecimento é caracterizado por um declínio na performance motora e pela diminuição gradual do movimento, sendo a fraqueza muscular um grande contribuinte para o declínio da funcionalidade do idoso²⁷.

De modo geral, o estudo mostra que a queda é um evento real na vida dos idosos e traz a eles muitas consequências, às vezes irreparáveis. Portanto, a abordagem ao idoso que caiu deve incluir uma avaliação ampla e integral. Assim, o profissional de saúde deve realizar uma anamnese bem detalhada, direcionada às causas da queda. Neste momento, saber se é a primeira queda ou não pode direcionar a avaliação. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos (fatores ambientais, vestimenta) e intrínsecos (doenças, uso de polifármacos) faz-se importante. Esta avaliação poderá evitar quedas posteriores, assim como permitira um melhor entendimento da queda¹⁰.

Tal assertiva mostra que qualquer que seja a causa da queda em idoso, a intervenção rápida e eficaz contribui para a diminuição do sofrimento e a melhoria da qualidade deste paciente.

7 Referências

- 1- Oates, J. A. & Brown, N. J. Antihypertensive agents and the drug therapy of hypertension. In: Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics (J. G. Hardman & L. E. Limb, ed.), pp. 871-900, 10th Ed. New York: McGraw-H, 2001.
- 2- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 1999.
- 3- Siqueira Fernando V; Facacchini, Luiz Augusto Roberto; Piccini, Elaine Tomasi; Thumé, Elaine Denise S Silveira; VIEIRA, Vera; HALLAL, Pedro C. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev. Saúde Pública v.41 n.5 São Paulo out. 2007.

- 4- Ruwer, Sheelen Larissa; Rossi, Angela Garcia and Simon, Larissa Fortunato. Equilíbrio no idoso. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2005.
- 5- Marin José Sanches; Amaral, Fernanda Siqueira; Martins, Isabela Bonifácio; Bertassi, Vanessa Clivelaro. Identificando los factores relacionados al diagnóstico de enfermería "riesgo de caídas" entre ancianos de una microárea. Rev. bras. enferm. v.57 n.5 Brasília set./out. 2004.
- 6- Pereira, S.R.M; Buksman S; Perracini, M, Py L; Barreto K.M.L; Leite V.M.M. Quedas em idosos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001.
- 7- CLOSE J, Ellis M; HOOPER R; GLUCKSMAN E; JACKSON S; SWIFT C. Prevention Of Falls In the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. Lancet 1999.
- 8- Álvares, Liege Mata; Lima, Rosângela da Costa; Silva, Ricardo Azevedo da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.26 no.1 Rio de Janeiro jan. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/04.pdf> <Acesso em 20 agosto.2010>
- 9- Perracini, Monica Rodrigues; Ramos, Luiz Roberto. Fatores Associados A Quedas Em Uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública 2002.
- 10- Coelho, Suzele Cristina; Rodrigues, Fabrício, Rosalina; Junior, Moacyr Lobo Da Costa. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev Saúde Pública 2004.
- 11- Gawryszewski, Vilma Pinheiro. A Importância Das Quedas No Mesmo Nível Entre Idosos no estado de São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2010.
- 12- Rubenstein L.Z. Falls In Older People: Epidemiology, Risk Factors And Strategies For prevention. Age Ageing. 2006.
- 13- Ribeiro, Adalgisa Peixoto Et Al. A Influência Das Quedas Na Qualidade De Vida De Idosos. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008.
- 14- Coutinho, Evandro Da Silva Freire; Silva, Sidney Dutra Da. Uso De Medicamentos Como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11009.pdf> <Acesso em 20 agosto 2010>
- 15- Swift Cg. The Role Of Medical Assessment And Intervention In The Prevention Of Falls. Age Ageing. 2006.
- 16- Souza, Luccas Melo De. Trabalho Voluntário, Saúde E Qualidade De Vida Em Idosos. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.
- 17- Silva, Daniela Vieira Da; Ximenes, George César; Junior, João Manoel Silva; Isola, Alexandre Marini; Rezende, Ederlon Perfil Epidemiológico E Fatores De Risco Para Mortalidade Em Pacientes Idosos Com Disfunção Respiratória. Rev. Bras. Ter. Intensiva [Online]. 2009.
- 18- Duarte, L. R. S. Idade Cronológica: Mera Questão Referencial No Processo De Envelhecimento. Est. Interdiscipl. Envelhec., Ufrgs, Porto Alegre, V.2, P. 35-47, 1999.

- 19- Hamra, Alberto; Ribeiro, Marcelo Barbosa; Miguel, Omar Ferreira. Correlação Entre Fratura Por Queda Em Idosos E Uso Prévio De Medicamentos. *Acta Ortop. Bras.* [Online]. 2007.
- 20- Kalache, Veras R.P, Ramos L.R. O Envelhecimento Da População Mundial. Um Desafio Novo. *Rev Saúde Pública* 1987.
- 21- Lima Ma. A Gestão Da Experiência De Envelhecer Em Um Programa Para A Terceira Idade: A Unati/Uerj. *Textos Envelhecimento* 1998;1(2):23-63
- 22- Blake Aj, Morgan K, Bendall Mj, Dallosso H, Ebrahim Sb, Arie Th, Et Al. Falls By Elderly People At Home: Prevalence And Associated Factors. *Age Ageing*. 1988;17(6):365-72.
- 23- Hobbs F; Damon B.L; Taeuber, Cm. Sixty-Five Plus In The United States. Washington, Dc: U.S. Department Of Commerce, Economics, And Statistics Administration, Bureau Of The Census; 1996.
- 24- Silvestre, Kalache A; Ramos L.R, Veras R.P. Population Ageing In Brazil And The Health Care Sector. *Bold* 1998.
- 25- Gordilho A; Sérgio J; Silvestre J; Ramos L.R; Freire M.P.A, Espíndola N Et Al. Desafios A Serem Enfrentados No Terceiro Milênio Pelo Setor Saúde Na Atenção Integral Ao Idoso. Rio De Janeiro: Unati/Uerj; 2000.
- 26- Lourenço, Roberto Alves; Martins, Cláudia De Souza Ferreira; Sanchez Maria Angélica S; Veras, Renato Peixoto. Assistência Ambulatorial Geriátrica: Hierarquização Da Demanda. *Rev. Saúde Pública* V.39 N.2 São Paulo Abr. 2005
- 27- Studensk S, Wolter L. Instabilidade E Quedas. In: Duthie, Eh, Katz Pr, Organizadores. *Geriatrics Prática*. 3ª Ed. Rio De Janeiro: Revinter; 2002.
- 28- Yamaguchi A.M. A Importância De Quedas Na Terceira Idade (2002). Disponível Em [Http://Www.Saudetotal.Com/Yamaguchi/Artigo.Htm](http://www.saudetotal.com/yamaguchi/artigo.htm) <Acesso Em 19 Agosto.2010>

- 29- Menezes, Ruth Losada De; Bachion, Maria Márcia. Estudo Da Presença De Fatores De Riscos Intrínsecos Para Quedas, Em Idosos Institucionalizados. *Ciênc. Saúde Coletiva* V.13 N.4 Rio De Janeiro Jul./Ago. 2008.
- 30- Rubenstein C.M.P, Powers C.M, Maclean C.H. Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders. *Ann Intern Med* 2001.
- 31- Bueno-Cavanillas A, Padilla-Ruiz F, Jimenez-Moleon JJ, Peinado-Alonso CA, Galvez-Vargas R. Risk factors in fall among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *Eur J Epidemiol.* 2000;16(9):849-59.
- 32- REKENEIRE N; VISSER M; PEILA R; NEVITT MC, CAULEY JA, TYLAVSKY F. Is a fall just a fall: correlates of falling in healthy older persons. the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc.* 2003; 51:841-6.
- 33- GOMES A.L. Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.
- 34- Brasil, Ministério da Saúde. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Saúde & Tecnologia, 1995.
- 35- . Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet.* 2002;359(9319):1761-7.
- 36- BF.F; Marcelino I.V; FOORSTER A.C; SIMÕES B.J.O. Pronto-atendimento de adultos em serviço de saúde universitário: um estudo de avaliação. *RAP*, 1998.
- 37- WEHBE, Grasiela; GALVAO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2000.
- 38- MARTIN R.C. Na unidade de emergência. Anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem; 1988. São Paulo: SP, 1998.

