

INTERNAÇÕES POR QUEDAS EM IDOSOS NO BRASIL

Rosimery Cruz De Oliveira Dantas (1); Davidson Cruz de Oliveira Dantas (1)

1- *Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ Universidade Federal de Campina Grande – rmerycodantas@hotmail.com; (1)Universidade Federal do Rio Grande do Norte- dcod98@hotmail.com*

RESUMO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, fisiológico e natural, que não acontece sem que mudanças biológicas ocorram, o que aumenta o risco de morbidade, incapacidade e morte. Deve ocorrer com qualidade de vida, podendo ser interrompida por diversas condições, dentre elas a ocorrência de quedas, decorrente da perda do equilíbrio postural. Objetivou-se apresentar a realidade das internações brasileiras em idosos por quedas, relacionando-as com o sexo e a faixa etária, bem como identificar a região brasileira mais prevalente e a tendência do evento no tempo. Adotou-se estudo epidemiológico com dados do DataSUS, utilizando as variáveis de internações: idade dicotomizada em três grupos: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e > 80 anos e gênero, no período de 2008 a 2014. Observou-se que o comportamento das quedas não apresentou nenhuma linearidade no tempo, sendo que o ano de maior registro foi o de 2014. O sexo mais acometido foi o feminino respondendo por 50.5% das internações por quedas. O grupo masculino foi mais prevalente no grupo de 60 a 69 anos (24%). A região brasileira que mais registrou quedas foi a Região Sudeste (80.1%). Mesmo com a Política Nacional do Idoso, fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e ampliação das Equipes dos Núcleos de Apoio as mesmas, as medidas preventivas de quedas em idosos ainda são pouco efetivadas, e isso reflete no comportamento das internações por quedas. É preciso maior mobilização de gestores, profissionais e sociedade para oferecer uma vida segura e com qualidade aos idosos. Palavras-chave: Fraturas, Quedas, Idosos, Hospitalizações.

ABSTRACT

Aging is a dynamic and progressive, physiological and natural process that does not happen without biological changes occurring, which increases the risk of morbidity, disability and death. It must happen with quality of life and may be interrupted by many conditions, among them the occurrence of falls resulting from the loss of posture balance. The objective was to present the reality of Brazilian hospitalizations in the elderly from falls, relating them to sex and age group, as well as identify the most prevalent Brazilian region and the trend of the event in time. Epidemiological study was chosen with DataSUS data using the admission variables: age dichotomized into three groups: 60 to 69, 70 to 79 and > 80 years old and gender, from 2008 to 2014. It was observed that fall's behavior showed no linearity in time, and the year of the highest record was 2014. The most affected gender was the female one, accounting for 50.5% of hospitalizations from falls. The male group was more prevalent in the 60 to 69 age group (24%). The Brazilian region that recorded more fall incidents was the Southeast (80.1%). Even with the National Policy for the Elderly, strengthening of the Family Health Strategy Teams and the expansion of their Centers of Support, the preventive measures of falls in the elderly are still poorly effective, and this is reflected in the behavior of hospitalizations for falls. A greater mobilization of managers, professionals and society is needed to provide a safe, and with quality, life for the elderly.

Keywords: Fractures, Falls, Elderly, Hospitalizations.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, natural e fisiológico, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas, representando a passagem do tempo, não uma patologia, e vivenciado por todos de maneira distinta¹.

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade mundial, como resultado das mudanças demográficas e epidemiológicas, fortalecimento das políticas públicas e maior acesso aos bens e serviços. Para o IBGE², devido a diminuição na taxa de natalidade e aumento na expectativa de vida, a população de idosos cresce de forma mais acelerada que o número de nascimentos. No Brasil a população de idosos dobrou em 20 anos, assumindo um perfil diferente de transição demográfica quando comparado aos países desenvolvidos. Este evento, que se deu no Brasil, tem provocado uma maior demanda dos serviços de saúde por este contingente populacional, conduzindo a importantes repercussões econômicas³. A projeção nacional é que em 2025 haja 50 idosos para cada 100 menores de 15 anos⁴.

O envelhecimento retrata o dinamismo de conceitos e paradigmas sociais, culturais, tecnológicos, econômicos e políticos, e o resultado dos investimentos das políticas públicas⁵. Portanto, é necessário entender que o envelhecimento não acontece sem que mudanças biológicas ocorram, o que aumenta o risco de morbidade, incapacidade e morte³.

Este aumento na longevidade deve ser carregado de qualidade de vida (QV), que perpassa por boas condições de vida e saúde nas suas três facetas: condição física (número de problemas experimentados pelo indivíduo), estado funcional (condição física que impede a execução de atividades de vida diária, instrumentais e arbitrárias) e estado de saúde subjetiva, como avaliação pessoal da sua própria saúde⁶. Para Perracini; Fló e Guerra⁷ a boa QV está diretamente ligada a boa funcionalidade, resultante da interação entre a capacidade física e psicocognitiva para realizar atividades do cotidiano e as condições de saúde, pois estas garantem independência e autonomia ao idoso.

A QV do idoso pode ser interrompida por diversas condições, dentre elas a ocorrência de quedas, que causam, na maioria das vezes, limitação na realização das suas atividades diárias, podendo resultar em internações. A queda^{8,9} ocorre devido à perda do equilíbrio postural e é conceituada como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial. Suas causas⁹ estão relacionadas a fatores intrínsecos decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento, como problemas osteoarticulares e/ou neurológicos primários, e extrínsecos, relacionados aos riscos ambientais.

Aproximadamente 30% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade caem ao menos uma vez por ano. Destes, metade de forma recorrente¹. A queda constitui um grave problema de saúde pública, pois traz repercussões físicas, psicológicas e sociais. Dentre as principais consequências decorrentes das quedas encontram-se as fraturas, que parecem imputar ao idoso uma maior vulnerabilidade. São frequentes pós-queda: lesões na cabeça, ferimentos graves, ansiedade, depressão e o medo de cair novamente. Pimentel, Scheicher¹⁰, com base em outros estudos, afirmam que o idoso que cai pode desenvolver a síndrome pós-queda, desencadeada pelo medo, baseado no conhecimento das restrições causadas pelas fraturas. Dentre estas se destacando a fratura do fêmur.

A queda é considerada uma das principais causas de morte entre os idosos, por isso se destaca como um evento sentinela, sinalizador do início do declínio da capacidade funcional, transformando o idoso no principal usuário do sistema de saúde, evidenciado pela elevada proporção de hospitalização e custo hospitalar do SUS^{3,8,9}. Além disso, como forma de reintegrar o idoso nas suas atividades da vida diária, é preciso garantir a sua reabilitação, processo que o auxilia a atingir o máximo de independência funcional, a partir de uma constante avaliação e redefinição das metas estabelecidas pela equipe de saúde¹¹.

Para tanto objetivou-se apresentar a realidade das internações brasileiras em idosos por quedas, relacionando-as com o sexo e a faixa etária, bem como identificar a região brasileira mais prevalente e a tendência do evento no tempo. A busca dessa análise tem como justificativa apresentar um quadro de saúde pública

que pode ser minimizado a partir de medidas preventivas, embasadas nas políticas públicas de proteção ao idoso.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, ecológico, prospectivo, com abordagem quantitativa. Coleta de dados realizada no site do DataSUS, no tópico epidemiológicas e morbidades, internações por local de residência, no período de 2008 a 2014. A escolha do período justifica-se porque os mesmos estão completos. A variável dependente são as internações por quedas.

Adotou-se estatística descritiva, tendo como medida de tendência central a média. Utilizou-se para construção do banco de dados e análise do mesmo o programa Excell 2010. Por tratar-se do grupo de idosos, a idade foi dicotomizada em três categorias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e maiores de 80 anos. Optou-se por trabalhar com regiões porque os estados apresentavam muitas caselas zeradas, o que dificulta a análise estatística. A população de referência utilizada para os cálculos foi a do censo de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor organização dos dados optou-se por construir apenas uma tabela. Observa-se que o número total de internações por quedas no período totalizou 549, com uma média de 78.4/ano. Um número que poderia ser considerado pequeno, se não considerássemos o registro de eventos decorrentes de queda, como a fratura do fêmur, que respondeu, no período estudado, por 265.648 internações no grupo > de 60 anos¹². Estudo⁹ destaca que as fraturas mais comuns decorrentes de quedas são: as vertebrais, de crânio, de fêmur, de úmero, de rádio distal e de costelas.

Conforme a disposição dos dados na Tabela observa-se que o grupo etário mais prevalente foi o de 60 a 69 anos (38.8%), seguido do de 70 a 79 (33.3%) e por último 80 anos e mais (27.9%). Uma explicação para este fato se deve aos mesmos

ainda terem maior autonomia, serem mais ativos, e não estarem cientes das suas limitações impostas pelo processo de envelhecimento, sendo assim se expondo mais aos riscos, além do fato de não terem um ambiente adaptado as suas necessidades.

Tabela – Distribuição das internações por quedas em idosos segundo o grupo etário e o sexo, no período de 2008-2014, Brasil.

Ano Região	Faixa etária de 60 a 69 anos															
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Norte	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	1
Nordeste	4	1	1	1	0	4	0	1	0	0	1	0	2	0	8	7
Sudeste	2	9	8	9	15	25	15	22	7	9	12	24	4	9	63	107
Sul	1	3	0	2	1	2	0	3	0	0	2	0	0	1	4	11
Centro Oeste	0	1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	4	6
Total	7	14	10	14	17	31	16	27	9	10	16	25	6	11	81	132
	Faixa etária de 70 a 79 anos															
Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	2	2	1	1	0	3	1	0	0	0	0	2	0	0	4	8
Sudeste	11	7	6	4	20	13	18	15	8	3	16	9	6	8	85	59
Sul	0	0	2	4	4	2	3	1	0	0	0	0	2	1	11	8
Centro Oeste	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	2	0	4	4
Total	13	9	9	9	24	19	22	16	8	3	18	14	10	9	104	79
	Faixa etária de 80 anos e mais															
Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	4	1	6	4
Sudeste	7	6	7	3	15	12	17	13	8	3	13	10	7	5	74	52
Sul	3	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	2	2	0	8	4

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

Centro Oeste	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	4	1	
Total	11	6	10	4	16	15	18	13	10	3	14	14	13	6	92	61

Fonte: DataSUS, 2015.

Segundo as diretrizes de quedas, os fatores de risco ambientais são responsáveis por 50% da ocorrência das mesmas. Dentre eles destacam-se: iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho e ausência de corrimãos em corredores e banheiros.

Estudo revela que, no tocante aos estratos de idade, os idosos com 80 anos e mais tiveram um maior percentual de internamentos, todavia, o custo com as internações do grupo de 60 a 64 anos foi maior⁸.

No tocante ao sexo o mais prevalente em quedas foi o feminino (50.5%) comparado ao masculino (49.5%). Nos estratos etários o sexo feminino respondeu por 18.9% (de 70 a 79 anos) e 16.8% (80 anos e mais). No estrato etário 60 a 69 anos o sexo masculino respondeu por 24%. No grupo etário 60 a 69 anos encontramos o grupo masculino mais ativo e autônomo, haja vista uma boa parcela desse contingente ainda está trabalhando, e com isso mais expostos aos riscos ambientais. Estudos¹³ justificam este evento em função da maior sobrevivência das mulheres e maior taxa de mortalidade entre os homens.

As diretrizes de quedas apontam que a estimativa da incidência de quedas em idosos até 74 anos se dá na ordem de 28% a 35%, e no grupo superior a 74 anos é de 32% a 42%. Estudo corrobora apontando que os idosos no Brasil caem pelo menos uma vez ao ano e que a maioria dessas quedas (51%) se dá nos idosos com mais de 85 anos¹⁰.

Estudos detectaram que nas faixas etárias mais velhas, principalmente maiores de 70 anos, a proporção de quedas em mulheres supera a dos homens, possivelmente devido a feminização do envelhecimento, resultando em um maior número de hospitalização feminina em uma proporção superior a 52%^{3,8,9,14}.

Analisando a ocorrência de internações no tempo, observa-se que não há uma tendência de linearidade ascendente ou descendente, caracterizando-se como um evento em que ainda não está recebendo o impacto das medidas preventivas, mesmo com a implantação dos Núcleos de Apoio a Estratégia Saúde da Família e da implantação das praças de saúde. Para fazer valer o direito do idoso, o Ministério

do Desenvolvimento Social¹⁵ estabelece, com base na Política Nacional de Atenção ao Idoso, recomendações a serem desenvolvidas por gestores, profissionais e pela sociedade, que assegurem os direitos sociais e garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo que ele possa exercer sua cidadania.

Destaca-se que a região brasileira com mais internações foi a Sudeste, pontuando 80.1% (n=440) das internações por quedas em idosos, seguida da Região Sul, com 8.4%, Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Acredita-se que, por a região Sudeste ter um desenvolvimento econômico, faz com que a dinâmica de cuidar do idoso se torne diferente, onde estes ficam mais tempo sozinhos ou morando em abrigos, muitos sem a estrutura adequada, e com isso mais propensos a quedas. Este estudo corrobora com o de Fabrício, Rodrigues e Costa Junior¹⁶, onde a taxa de internação por quedas também foi maior na região Sudeste, seguida pela região Nordeste, Sul, Centro Oeste e Norte.

CONCLUSÃO

A queda é um problema de saúde pública, e torna-se fator de risco para a internação e mortalidade em idosos. É mais prevalente no sexo feminino, tendo a faixa etária mais prevalente no grupo de 60-69anos. Todavia não mantêm um padrão de ocorrência, sendo muito variável no tempo. Tem como Região mais prevalente a Sudeste, assumindo mais de 1/3 das internações por quedas.

É necessário intensificar as ações de promoção da saúde e de medidas preventivas, haja vista que o idoso vítima de queda normalmente termina hospitalizado, aumentando os prejuízos biológicos, sociais e financeiros para ele. Estes últimos, também, para a família, sociedade e cofres públicos. Isso requer maior mobilização de gestores, profissionais e sociedade para oferecer uma vida segura e com qualidade aos idosos, uma vez que, mesmo com a Política Nacional do Idoso, fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família e ampliação das Equipes dos Núcleos de Apoio as mesmas, as medidas preventivas de quedas em idosos ainda são pouco efetivadas, e isso reflete no comportamento das internações por quedas e das suas consequências, a exemplo das fraturas.

REFERÊNCIAS

1. Maia BC, Viana OS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das Quedas em Idosos Vivendo na Comunidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2011; 14(2):381-393
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira (2010). Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadore_sminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf
3. Justo AM, Fernandes FECV, Sobral PHAF, Siqueira VB, Nascimento EA. Custos das Internações Hospitalares entre idosos usuários do Sistema Único de Saúde. Rev enferm UFPE on line. Recife, 2013 out.; 7(10):6013-8,P.289 - 302. Disponível: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/.../pdf
4. Giacomini, KC. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas. IN: Berzins, MV, Borges MC (org). Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.
5. Berzins MV, Borges MC (org). Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012.
6. Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Editora Manole;, 2005.
7. Perracini MR, Fló CM, Guerra RO. Funcionalidade e envelhecimento. IN: Perracini, MR; Fló, CM (orgs.) Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. P. 3 -24. 557p
8. Gomes ECC, Marques APO, Leal MCC, Barros BP. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2014; 19(8):3543-3551
9. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em Idosos: Prevenção. AMB/CFM, 2009. 10p.

10. Pimentel RM, Scheicher ME. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. *Fisioter Pesq*. 2009;16(1):6-10
11. Castro, SD, Silva, Delson J, Nascimento ESR, Christofolletti G, Cavalcante JES; Cabral MC et al. *Alteração de equilíbrio na doença de alzheimer: um estudo transversal*. *Rev Neurocienc* 2011;19(3):441-448.
12. Brasil. DataSUS. Informações de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
13. Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2):168-71.
14. Paula FL, Fonseca MJM, Oliveira RVC, Rozenfeld S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(4): 587-95
15. BRASIL. Política Nacional do Idoso. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e combate a fome. 2ª reimpressão, 2010.
16. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo Feb. 2004; 38 (1).